

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

Évelin Maurício Brito

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE A
EXPERIÊNCIA DO OFÍCIO**

Monografia submetida ao curso de Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília para obtenção do grau de Bacharel
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sílvia M^a F. Guimarães.

Brasília

2013

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade de Brasília

A ficha catalográfica é confeccionada pela Biblioteca
Central UnB.

Tamanho: 7cm x 12 cm

Fonte: Times New Roman 9,5

Solicite à biblioteca a elaboração da ficha

Évelin Maurício Brito

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE A
EXPERIÊNCIA DO OFÍCIO**

Esta monografia foi julgada adequada para obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final.

Brasília, 6 de Março de 2013

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Sílvia Guimarães
Orientadora
Universidade de Brasília

Prof^a. Ma. Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Co-orientadora
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Breitner Tavares
Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho ao meu Deus que tanto é meu amigo e confidente. Aos meus pais, Divino e Sueli, que com toda certeza são meus exemplos, força e orientação de fé.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por eu ter conseguido chegar até aqui. A graduação, como tudo que é novo, rendeu-me momentos de muitos medos e incertezas. Devo a Ele todas as vitórias e conquistas.

Agradeço aos meus pais, Sueli e Divino, pela compreensão de todas as minhas ausências e também pelo amor incondicional.

À minha irmã pela convivência.

Aos meus avós, por emitirem o melhor sorriso. E também por terem sido tão compreensivos diante de todo meu afastamento e ainda assim demonstrarem seu grande afeto.

Agradeço aos meus tios por todo incentivo.

Aos meus primos Douglas, Luízinha e Júlia por me lembrarem o quanto é bom ser criança, apesar de todas as responsabilidades, e me ajudar a reviver a infância em alguns momentos.

Ao amigo André, por todo apoio, carinho e palavras otimistas.

À Natalia, minha irmã de alma, por toda amizade.

Às minhas amigas Thainá, Daniele, Samira, Priscila, Amanda, Flávia, Kauane, Jéssica.

À minha orientadora Prof^a. Dra. Silvia Guimarães que com certeza foi minha melhor escolha de orientação. Por sua paciência, calma, perseverança e por todas as frases positivas que proferiu.

À minha co-orientadora, Prof^a. Ma. Marilac Meireles, por todo auxílio.

Aos Agentes Comunitários de Saúde por todas as conversas e disposição em participar.

Aos gestores do Centro de Saúde que me abriram portas e viram no meu trabalho uma boa oportunidade de conhecer mais sobre seus próprios funcionários.

RESUMO

Esta pesquisa pretende discutir como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam no bairro Sol Nascente, na cidade de Ceilândia, Distrito Federal, se percebem ao desempenhar o papel de mediadores sociais entre o sistema oficial de saúde e a comunidade do Sol Nascente. Para tanto, pretende-se compreender a importância desses profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o impacto causado pela implementação da profissão de ACS nesse sistema. O caráter híbrido dos ACS de estar e atuar em ambos os lados é a grande questão que pauta este estudo, o que justifica a sua relevância. Utilizando o referencial das Ciências Sociais, a partir do método etnográfico, buscou-se realizar uma descrição densa das teias de significados onde estes trabalhadores se inserem, pensam e vivem. Buscou-se aferir aspectos subjetivos do cotidiano profissional dos ACS. Além disso, consta a análise por meio da revisão de leis e regulamentos que especificam as funções dos agentes.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Sistema Único de Saúde (SUS); Programa Saúde da Família (PSF); Comunidade; Mediação Social; Etnografia.

ABSTRACT

This research discusses how the Community Health Agents (ACS), working in Sol Nascente neighborhood in the city of Ceilândia, Distrito Federal, perceive themselves to play the role of mediators between the social system and community health officer of the Sol Nascente. To this end, we intend to understand the importance of these professionals for the Unified Health System (SUS) and the impact of the implementation of this ACS 's profession to the system. The hybrid character of the ACS living and acting on both sides is the big question that guides this study, which justifies its relevance. Using the benchmark of Social Sciences, from the ethnographic method, we tried to carry out a description of dense webs of meaning where these workers are included, think and live. We sought to assess subjective aspects of the daily work of ACS. Moreover, given the analysis by reviewing the laws and regulations that specify the roles of the agents.

Keywords: Community Health Agents (ACS), the Unified Health System (SUS); Family Health Program (PSF), Community, Social Mediation; Ethnography.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PE – Pernambuco
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
APS – Atenção Primária em Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
PNAC – Programa Nacional de Agentes Comunitários
PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
FNS – Fundação Nacional de Saúde
CS – Centros de Saúde
RA – Região Administrativa
SES – Secretaria Estadual de Saúde
VD – Visitas Domiciliares
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
CD – Crescimento e Desenvolvimento
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
NOVACAP – Companhia Urbanizadora da Nova Capital
IAPI– Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
CEI – Campanha de Erradicação de Invasões
PDAD – Pesquisa Distrital por Amostras e Domicílios
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DIRAPS – Diretoria Regional de Atenção Primária a Saúde
AVAS – Agentes de Vigilância Ambiental
GATA – Gratificação de Atividade Técnico-Administrativa
SLU – Serviço de Limpeza Urbana
UBS – Unidade Básica de Saúde

DF – Distrito Federal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTUALIZANDO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: INCURSÃO NOS DOCUMENTOS LEGAIS E NA LITERATURA	15
2.1 ATRIBUIÇÕES DO ACS: DELINEANDO UM OFÍCIO	22
3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA: CAMINHOS PERCORRIDOS	29
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA: O SURGIMENTO DO SOL NASCENTE NA CEILÂNDIA.....	32
4 RESULTADOS DA PESQUISA: A EXPERIÊNCIA DE SER ACS ENTRE CONVERSAS E FATOS	37
4.1 “É UM BOM TRABALHO, MAS NÃO UMA BOA PROFISSÃO”	37
4.2 “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ONDE FICA?”	41
4.3 AS DEMANDAS DA COMUNIDADE E O MARCADOR DE CONSULTA	43
4.4 EQUIPES DE SAÚDE: INCLUÍDOS OU EXCLUÍDOS	45
4.5 “NÃO É PROFISSÃO QUE SE APOSENTE”.....	46
4.6 “SOBRE MINHA ÓTICA, A IMPORTÂNCIA DO MEU TRABALHO”	50
4.7 OS ACS E OUTRAS PRÁTICAS DE CUIDADO DENTRO DA COMUNIDADE	52
5 CONCLUSÕES.....	56
6 REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.
7 ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Agentes Comunitários de Saúde.....	63
8 ANEXO 2 – Questionário semi-estruturado para a observação participante com os Agentes Comunitários de Saúde.....	65
9 ANEXO 3 – Questionário semi-estruturado para Entrevista com a Gestora do Centro de Saúde.....	67
10 ANEXO 4 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP-IH/UnB.....	70

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca compreender o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como mediadores sociais entre o serviço de saúde e a comunidade, em um bairro de uma região administrativa do Distrito Federal¹, a Ceilândia. Para tanto, visa analisar como se efetiva o trabalho dos ACS, como eles refletem sobre si, como criam estratégias nesta interface da mediação. Este trabalho pretende fugir da unilateralidade de fontes, isso significa que serão contempladas tanto leis, normas e regulamentações sobre a profissão de ACS quanto os discursos dos próprios agentes para discutir como os mesmos “se pensam” e vivem essa profissão que lida tão diretamente com as condições de saúde de outros.

De acordo com Laurell (1982), a saúde é vista como uma ‘necessidade humana’ cuja satisfação:

“associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais existentes e os padrões culturais de cada contexto específico” (LAURELL, 1982; p. 86).

Argumento semelhante está na base do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 07 de abril de 1948 – desde então o Dia Mundial da Saúde, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção desta. Para a OMS, a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Assim, saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações.

Em face dessa visão, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e aprovado em 1988 pela Constituição Federal, com concepções de integralidade, universalidade e igualdade, dentre outros preceitos. Antes da criação deste direito em 1988, o tema da saúde não se configurava em um direito social e obrigação do Estado brasileiro. Assim, receber tratamentos de saúde era um ato estratificado em duas formas, havia os que recebiam assistência, pois pagavam por ela nos hospitais ou consultórios privados, e os que a alcançavam de uma forma “pública”, modalidade em que os trabalhadores que possuísem carteira assinada e contribuíssem com a previdência social tinham direito a serviços de saúde. Após a criação do SUS, na tentativa de efetivar todos os direitos assegurados aos cidadãos, vários projetos e programas foram pensados e planejados. Entre esses, encontra-se o Programa Saúde da Família (PSF), o qual conta com a inserção do ACS como um profissional com características

¹ Atualmente, o DF se subdivide em 31 regiões administrativas.

particulares, uma dessas é estabelecer uma relação de horizontalidade com os usuários do SUS. Nos termos de Robles (2012), isto significa estar inserido nas redes de apoio dos usuários, sem haver discrepâncias sociais ou hierarquia, pois os ACS exercem sua profissão com aqueles com quem vivem cotidianamente em sua rede de vizinhança. Esses profissionais assumem um papel de inovação e tentativa de produção de melhores indicadores dentro do setor saúde, por meio de uma regulação e controle que passa a se efetivar na vida cotidiana dos sujeitos (Robles, 2012). De acordo com o estudo deste autor sobre ACS em um bairro da cidade de Recife (PE), esses ocupam uma posição *híbrida*, por serem pessoas do meio popular e atores institucionais e devem introduzir mudanças na experiência social da maternidade e em outras dimensões da vida. Esses agentes foram cada vez mais se tornando figuras estratégicas na saúde pública do Brasil, por efetivarem ações do Estado a partir de outra dinâmica, a do *acompanhamento e conselho* e não a partir de técnicas autoritárias e disciplinadoras (Robles, 2012).

Diante desse quadro, cabe problematizar como os ACS participam da reconfiguração das maneiras de regulação da saúde pública, ao mesmo tempo em que atuam em locais onde são o alvo dessa atuação, ou seja, onde foram socializados nos saberes localizados de cuidado e tecnologias terapêuticas diversas. Assim, este trabalho pretende analisar como se efetiva uma política na horizontalidade, a partir do ponto de vista daqueles que estão na ponta, isto é, os próprios agentes. Pretende discutir com os mesmos, o que é ser um agente do Estado que atua ou se concretiza na localidade, em seus próprios contextos sociais, onde a lógica biomédica se operacionaliza lado a lado com outras racionalidades e práticas terapêuticas.

O PSF tornou-se um programa de governo estruturado e implementado em várias localidades, inclusive nas regiões administrativas de Brasília, após passar por um longo processo de maturação para além da instância pública. Assim, como todo grande projeto, precisou demonstrar a necessidade de ser efetivado e exemplo de êxito em algumas localidades. O PSF foi construído a partir de outro grande projeto de iniciativa do governo, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), por isso, este também passa a ser objeto de citação neste trabalho. Para se compreender a figura do Agente Comunitário de Saúde, faz-se necessário analisar o contexto histórico que levou a criação do PSF, conforme veremos na próxima seção. Atualmente, o Programa Saúde da Família passou por modificações em sua nomenclatura. A palavra “Programa” foi substituída por “Estratégia”, pois acredita-se que a palavra “estratégia” remete a ações contínuas, diferentemente de “programa” que se remete a três etapas, isto é, início, meio e fim.

O objetivo deste trabalho é compreender a identidade criada pelo Agente Comunitário em Saúde no SUS. Para tanto, será abordada a experiência de ser um agente, ressaltando a singularidade dessa vivência e os impasses vividos por estes em atuação na cidade de Ceilândia. Pretende observar como na experiência de ser esse agente, se dá a mediação realizada entre a comunidade e os serviços de saúde. Além dessa abordagem com foco na biografia e por meio do estudo de caso de alguns ACS na Ceilândia, será realizada uma revisão bibliográfica na literatura sobre as atribuições dos ACS, como surgiu sua profissão e como é este vínculo realizado entre ACS, comunidade e serviço. Em suma, este trabalho pretende analisar as representações sociais pensadas e vividas pelos ACS da Ceilândia acerca do que é o trabalho dos ACS e suas contribuições para o SUS.

Portanto, para compreender a interação dos profissionais com o serviço e a comunidade, este trabalho utiliza o conceito de representações sociais formuladas e vividas por esse grupo, os agentes. As representações sociais são ferramentas analíticas e conceituais utilizadas para compreender de forma mais profunda e enriquecedora a complexidade da sociedade em determinado recorte. Como ratifica Franco (2004) sobre as mesmas:

“são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos [...] e são historicamente construídas e estreitamente vinculadas aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam por meio de mensagens, e que se refletem nos diferentes atos e nas diversificadas práticas sociais.” (FRANCO, 2004; p. 2)

As representações sociais, primeiramente formuladas pelas ciências sociais por meio das representações coletivas de Durkheim e Mauss, passaram a ser utilizadas em outras áreas de conhecimento, como a psicologia social. Essa passagem levou a um aprimoramento do conceito (Minayo, 2011). Moscovici (2011) foi um dos autores re-formuladores do significado. Sua teoria sobre representações sociais têm influenciado ao longo das últimas quatro décadas pesquisadores tanto na Europa como nas Américas, incluindo o Brasil (Guareschi & Jovchelovitch, 2011). Isso se deve ao que se denominou de “poder das ideias” do senso comum, isto é, no “estudo de como, e por que as pessoas partilham o conhecimento e desse modo constituem sua realidade comum, de como eles transformam ideias em práticas” (Moscovici, 2003 *apud* Oliveira, 2004; p.181).

Embora sua área de formação seja a psicologia social, seus trabalhos sobre o tema renderam à história, às ciências sociais, à saúde, à educação e outras disciplinas uma enorme contribuição. Ele acredita que o mundo não vive só de fatos reais, mas principalmente das representações sociais existentes nele. Afirma, portanto que, é em função das representações (e não necessariamente das realidades) que se movem indivíduos e coletividades (Moscovici,

2003 *apud* Oliveira, 2004). As representações sociais são de suma importância na análise do social, visto que ao ser objeto de análise, percebe-se seu poder para demonstrar paradigmas construídos no cotidiano, fatos, vivências, entre outros. Ao mesmo tempo em que o estudo das representações sociais apresenta o fato pensado e vivido por um indivíduo, revela também o coletivo e visões diferentes configurando-os como percepções externalizadas por pessoas diferentes e de formas diversas (Minayo, 2011).

Horochovski (2004) afirma que os cientistas sociais, Emile Durkheim e Marcel Mauss, discutiram as representações coletivas como sendo uma via de acesso ao estudo do contexto da coletividade e suas realidades. Complementou o mesmo autor, que a abordagem das representações tem esse poder de acesso devido à força de expressar os conhecimentos, crenças e sentimentos do coletivo social (Horochovski, 2004). Foi com, exatamente, esta potencialidade que Moscovici (2011) buscou compreender as mesmas, modificando a denominação de representações coletivas para representações sociais. De acordo com o próprio Moscovici há diferenças entre as representações coletivas de Durkheim e Mauss e o que entende como representações sociais. No primeiro caso, há o perigo de não levar em conta que a força do coletivo encontra a sua mobilidade na dinâmica do social, nos esforços dos sujeitos sociais em desafiar e transformar o coletivo (Guareschi & Jovchelovitch, 2011).

Nesse sentido e levando em consideração a potencialidade deste conceito no que tange a capacidade de contribuir para com áreas e disciplinas distintas, este trabalho optou por abordar as representações sociais, formuladas por ACS da região onde atuam, em Ceilândia, no bairro do Sol Nascente, acerca da importância do seu trabalho e dessa mediação social que tem de executar diariamente.

Apesar de ser um profissional novo no SUS, o Agente Comunitário de Saúde é tido, tanto na literatura, quanto nos discursos de docentes e gestores em saúde como um grande aliado para a resolução de problemas e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e, por consequência, também, da Atenção Primária em Saúde. Ao longo do curso de graduação em Saúde Coletiva, foi possível compreender como esse nível de atenção, por configurar-se como estratégico na re-organização do modelo de atenção à saúde, situa-se como uma das prioridades na área de gestão. Isto é devido ao fato de se efetivar na complexidade dos contextos sociais e culturais que influenciam a saúde da coletividade.

No curso de graduação em Saúde Coletiva, em meio a trabalhos acadêmicos, projetos de pesquisa e de extensão realizados com os ACS, percebeu-se que está sendo construída uma expectativa com relação a este profissional que não se coaduna com as condições e possibilidades atuais de exercerem seu ofício. Muitas vezes, a falta de estrutura, direitos

trabalhistas e de uma melhor compreensão do seu papel são elementos que não permitem ao ACS ter a construção de uma identidade positiva e reconhecida por outros profissionais e comunidade. Por este motivo, esta proposta é realizada como projeto de pesquisa para a monografia do curso com a intenção de construir um problema científico, levantar questões sobre um tema que marcou o período de formação acadêmica através de excessivas reflexões. Os primeiros questionamentos dessa pesquisa vieram a partir de vivências com alguns ACS, que compõem o quadro de profissionais de determinados Centros de Saúde da Ceilândia. Os ACS são comumente chamados de “elo de ligação”, a ponte para a solução, a chave orientadora, todavia essas denominações não são refletidas em área, quando atuam. Assim, uma das inquietações deste trabalho está em saber como os ACS realizam esse “elo” tão citado pela literatura e tão desacreditado pelos próprios agentes.

Na diversidade social, cultural e econômica encontrada no Brasil, e nas inúmeras possibilidades de ser um Agente Comunitário de Saúde, este trabalho se insere no âmbito de uma pesquisa qualitativa que não busca a representatividade quantitativa e estatística ou apresentar uma análise que abarque o universo dos ACS de determinada região ou ainda traçar o perfil dos ACS de um local específico. Mas, este projeto de pesquisa trata de compreender a experiência de ser um ACS em resolutivo contexto, o processo de construção de uma identidade singular, de um sujeito particular, a partir de um ofício em uma dada localidade em seus conflitos e potencialidades entre duas instâncias, o Estado e a comunidade. Em suma, pretende compreender, no mosaico diverso que forma o Brasil, onde as políticas são recebidas e vividas de formas diferenciadas de acordo com a localidade, como se efetiva a política de implementação do ACS, a partir da maneira como determinado ACS pensa e vive seu ofício.

2 CONTEXTUALIZANDO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: INCURSÃO NOS DOCUMENTOS LEGAIS E NA LITERATURA

Para compreender o contexto em que surgiu a figura dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, será necessário desenhar um panorama geral da política de saúde e ainda pontuar alguns de seus programas. De acordo com Flores *et al.* (2008), é possível observar a presença de uma figura como os ACS ao longo do processo de institucionalização da saúde pública nos Estados ocidentais. A visita domiciliar surge de maneira sistemática como uma forma de normalizar e disciplinar procedimentos e condutas no âmbito da saúde pública. Assim, os autores se remontam à figura do inspetor sanitário na Idade Média que atuava em casos de peste ou outras epidemias por meio da segregação de pessoas. Nos séculos XVII e XVIII, na Inglaterra, França e Alemanha, três modelos de estrutura sanitária são criados e marcam até hoje as estruturas atuais de saúde pública em outros Estados:

“[...] a salubridade do meio, denominada Medicina Urbana ou Medicina das Coisas; a saúde do trabalhador, conhecida como Medicina do Corpo do Trabalhador; a saúde das pessoas como razão de estado ou Medicina do Corpo do Estado. Orientada por esses modelos, a ação educativa dos trabalhadores da saúde na época, era exercida mediante o domínio técnico dos problemas mais expressivos em cada contexto, como uma função intelectual ligada ao Estado” (FLORES *et al.* 2008; p.127)

No caso brasileiro, a figura do ACS está vinculada a essa polícia sanitária, que conforme visto anteriormente, atuava na consolidação de um Estado e de uma saúde pública. A formação do Estado brasileiro e de suas políticas de saúde estavam vinculadas à regulação e incorporação do saber médico-científico. Esse saber era de uma classe social hegemônica, que estava no poder e nas universidades de medicina. Com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, foi criada a Fisicatura, órgão que funcionava centralizado em dois ofícios: o de físico-mor (prescrição e fabricação de remédios) e o de cirurgião-mor (intervenções cirúrgicas) (Pimenta, 2003). Neste órgão, existia a figura dos delegados e subdelegados responsáveis por verificar as licenças ou cartas de autorização para o exercício das práticas terapêuticas autorizadas pela monarquia. Neste processo, os saberes populares de benzedadeiras, parteiras, sangradores passaram a ser controlados ao ponto de serem criminalizados pelo Estado brasileiro (Oliveira, 1985).

Nesse sentido, o conhecimento local era desvalorizado e a intenção era promover a higienização e impor normas disciplinadoras de condutas sobre os corpos. Em suma, após a vinda da família real, há um recrudescimento na criação de práticas de intervenções sanitárias.

De acordo com Flores *et al.* (2008), várias ações oficiais são criadas paralelamente e ao longo do tempo e espaço no Brasil, como, por exemplo, as inspetorias de saúde pública, as ações oficiais contra a hanseníase, febre amarela, as políticas de quarentena e etc. O antecessor do Agente Comunitário de Saúde começa a se delinear na figura das visitadoras, em 1920 (Flores *et al.*, 2008). Essas são enfermeiras que realizavam visitas domiciliares com o intuito de realizar a prevenção de doenças transmissíveis. Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, agência bilateral que vinculava Brasil e Estados Unidos, foram criadas vastas ações em saúde pública, especialmente na Amazônia brasileira. Entre os objetivos sanitários definidos por essa agência, constava o monitoramento da saúde dos indivíduos e das suas famílias, prevenção, e controle das doenças transmissíveis e formação de enfermeiros auxiliares (Silva & Damalso, 2002).

Os principais objetivos dessa agência era combater a malária e prestar assistência médico - sanitária às populações vinculadas à produção estratégica da borracha na Amazônia Flores *et al.* (2008). Havia propostas de atuação na área de educação em saúde, com a utilização de folders demonstrativos e visitas periódicas das chamadas “visitadoras sanitárias”. Essas não tinham os mesmos pré-requisitos dos ACS atuais, mas há alguns traços semelhantes entre os dois profissionais, o que torna possível vê-los como antecessores do que mais tarde seria criado pelo Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNAC). As visitadoras, por exemplo, diferente do que é previsto atualmente para os ACS, não moravam nos bairros onde exerciam seus trabalhos, mas o enfoque do serviço era semelhante, visto que “desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade de saúde e na comunidade, sob supervisão do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos”. (Silva & Damalso, 2002; p. 27).

Segundo Wagley (1998), esses visitantes, que, em sua maioria, eram mulheres, tinham a finalidade de “educar os habitantes dentro dos preceitos modernos de higiene e lhes fazerem compreender as vantagens do programa de saúde pública” (Wagley, 1998; p. 76). O fato de serem mulheres parecia ser estratégico, pois supõem serem essas, figuras centrais para atingirem a rede de cuidado localizada e a prevenção na mortalidade materno-infantil. Portanto, atuavam como “polícia sanitária” com um papel de controle de condutas das classes populares. No entanto, ainda havia uma verticalização no sistema das visitadoras, pois ocupavam um novo papel na instituição sanitária, mas ainda não eram pessoas que viviam nas comunidades onde atuavam, o que corroborava para a predominância da hierarquia e autoridade. Atualmente, os ACS, figuras periféricas do sistema de saúde, passaram a assumir essa função de “polícia” (Robles, 2012).

Diante deste quadro, nota-se que a busca pela cura e prevenção por meio de visitas dos profissionais à comunidade não são práticas tão recentes como possam aparentar. Baseado nos argumentos de Silva & Dalmaso (2002), pode-se afirmar que foram as atividades pioneiras da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública, a agência nacional sucessora do SESP, as grandes influenciadoras na concepção das diretrizes orientadoras do PACS e do ESF, principalmente, no que tange à figura indispensável do ACS. Segundo os mesmos autores, décadas depois, em 1976, por meio do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi realizado um recrutamento de auxiliares de saúde que moravam nos arredores da própria comunidade e de outros indivíduos que já possuíam contato com a assistência, como parteiras populares e participantes da pastoral da saúde da igreja católica. Este recrutamento tinha por principal finalidade realizar a reorientação do modelo de assistência à saúde, sendo, então, a primeira experiência realizada com “profissionais” moradores daquela comunidade.

Esses agentes de saúde eram os únicos profissionais lotados na Unidade de Saúde, contando com a visita periódica de médicos e enfermeiros e tinham um papel principalmente educativo. De acordo com Flores *et al.* (2008), o PIASS atuou como um modelo experimental para a gestão e organização de serviços de saúde que viriam a ser criados no Brasil. Essa experiência brasileira refletia um movimento internacional conforme orientação na Conferência de Alma Ata, realizada na então República Socialista Soviética de Cazaquistão, em 1976. Nessa ocasião, recomendou-se que fosse observada a participação da comunidade, incentivada a informação, alfabetização e o desenvolvimento de instrumentos que permitissem às famílias e comunidades assumirem a responsabilidade de sua saúde e bem estar (Flores *et al.*, 2008). Por ocasião dessa Conferência pactuou-se o desafio de saúde para todos no ano 2000.

Em cidades do estado do Ceará, no período entre setembro de 1987 a agosto de 1988, em uma iniciativa do governo para amenizar problemas de seca que assolavam o estado, centenas de pessoas foram contratadas para que executassem trabalhos de informação à população sobre a importância da re-hidratação oral, amamentação materna, e vacinação. O projeto na época apresentava-se como uma ação relativamente inovadora e desafiadora. Seus bons resultados fizeram com que a iniciativa “emergencial” fosse estendida e passasse a ter caráter contínuo. O foco desse trabalho, na época, continuou sendo a promoção da saúde, isto é, passar aos cidadãos a ideia da relevância de cuidarem de seus próprios estados de saúde e se responsabilizarem por eles. A partir dessa experiência do Ceará, a existência de indivíduos com funções de promover a saúde mostrou-se um bom meio de auxílio ao Estado. O motivo

da demanda desses profissionais possuía, também, embasamento em trechos da Carta de Ottawa (1986), na qual orientava observar as potencialidades da promoção da saúde:

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”. (CARTA DE OTAWA, 1986; p. 1).

Essa ideia de promoção da saúde está relacionada com uma mudança de perspectiva das políticas de saúde que deixam de atuar por meio de técnicas autoritárias e disciplinadoras para usarem de técnicas como o “acompanhamento” e “conselho” (Robles, 2012). Os Agentes Comunitários de Saúde passam a ser figuras centrais nessa mudança, pois atuam por meio de ações na vida cotidiana acionando as redes locais de cuidado. Nessa mudança de perspectiva de atuação do Estado brasileiro, passa-se a enfatizar a horizontalidade de ação dos agentes públicos e sua capilaridade em contextos diversos e populares. Por conseguinte, não são mais classes diferenciadas e hierarquizadas impondo a política de saúde pública, conforme analisou Robles (2012). Mas, os agentes do Estado passam a ser pessoas da mesma classe social, popular, assim, efetiva-se outra forma de implementação da polícia sanitária na vida cotidiana e nas redes de sociabilidade locais. Robles (2012) denomina essa polícia sanitária de “polícia amiga”, para enfatizar o caráter intra-classe da regulação das práticas de saúde. Essa “polícia amiga” atua por meio do contato diário, do controle assíduo e do estabelecimento de interações que promovem o vínculo, expressão e o intercâmbio entre pessoas. Desse modo, de acordo com a autora, há um duplo processo, por um lado de “suavização” das técnicas de intervenção e, por outro lado, de uma maior presença ou assiduidade na regulação (Robles, 2012; p. 98).

No Ceará, a experiência de atuação dos agentes concentrava-se nas contínuas recomendações às classes populares sobre aleitamento materno exclusivo até a idade de quatro meses e na busca por conscientizar sobre a morbidade de crianças por desidratações relacionadas a situações diarreicas agudas. De acordo com Silva & Damalso (2002):

“entre setembro de 1988 a julho de 1989, o PACS no Ceará foi implantado em 45 municípios do interior e diante dos resultados positivos do programa e das melhorias nos indicadores de saúde, em 1991 o programa foi ampliado pelo Ministério da Saúde para o chamado Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde”. (SILVA & DAMALSO, 2002 *apud* SAKATA, 2009; p. 17-18).

Fraga (2001) reitera este fato quando afirma que ao analisar os indicadores, percebeu-se a discrepância positiva nos dados de saúde com a presença dos novos atores. Assim, passou a ser incentivada, pelo governo brasileiro, a incorporação à equipe de saúde desse novo perfil profissional - nessa época ainda sem reconhecimento oficial -, que poderia trazer grandes contribuições ao SUS. Desta forma, surgiram nesse contexto, em meio ao êxito de um projeto, opiniões e imagens sobre um sujeito novo e possivelmente promissor, embora sem um espaço determinantemente estruturado. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) se consolida em um profissional cuja institucionalização do ofício veio para somar em âmbito local das comunidades, de acordo com o olhar estatal. Nos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a figura desses agentes foi apontada como “principal ator para a ampliação da cobertura dos serviços de saúde por meio da atenção à saúde primária” (Erthal, 2003 *apud* Wawzyniak, 2008; p. 197). Por meio do movimento internacional e experiências nacionais, um novo cenário de organização do sistema de saúde se conforma. De acordo com Flores *et al.* (2008), outros fatores contribuíram para esse novo cenário: a crise da Medicina; o aumento da violência; a degradação do meio ambiente; a regionalização dos mercados; entre outros fatores. Além disso, houve na década de 1980, o processo de redemocratização do Brasil, os movimentos sociais se consolidaram na luta pelos excluídos na assistência à saúde. Todos estes acontecimentos subsidiaram a retomada da organização da rede de atenção primária e ainda a municipalização desta. Foi neste contexto que se embasou a consolidação dos Centros de Saúde já existentes no Brasil e houve a retomada de esforços para a criação da Atenção Primária em Saúde.

Na experiência do Ceará, o programa era composto por até 30 agentes comunitários, com a carga profissional de 30 horas, e havia também a presença de um enfermeiro supervisor responsável por eles. Os requisitos para que uma pessoa pudesse se candidatar ao ofício consistiam em: ser maior de 18 anos, morar na comunidade pelo menos há dois anos, saber ler e escrever, ter o primeiro grau completo e ter tempo disponível para o trabalho, isto é, cerca de oito horas por dia. Comparado com as condições necessárias para inscrever-se atualmente, nos concursos e se tornar ACS, não houve grandes mudanças. Segundo o último edital lançado em 2009, para concorrer à vaga de Agente Comunitário de Saúde é necessário ter certificado devidamente registrado de conclusão de Ensino Fundamental, expedido por instituição educacional reconhecida pelo órgão próprio dos sistemas de ensino. Também, é indispensável ter certificado de conclusão do curso introdutório de formação inicial de Agente Comunitário de Saúde, conforme fixa Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Por fim, é necessário residir na área da comunidade em que irá atuar.

Com a presença destes profissionais já em campo, surgiram outras necessidades ainda mais concisas de estrutura com relação a equipes de referência e contra-referência, o que demandou outras classes de profissionais como médicos, dentistas, enfermeiros que estivessem à disposição exclusiva para a comunidade, em pelo menos alguns momentos. Nesse sentido, para a consolidação da figura do ACS, uma nova estrutura e um novo olhar de regulação da política de saúde precisavam ser construídos. Com o ACS, uma nova ação estatal estava montada, baseada em um novo reposicionamento do profissional de saúde, o qual deveria ser horizontalizado. Essa mudança na saúde pública significou provocar transformações em uma estrutura marcada por uma hierarquia de saberes e desigualdade de classe social. Historicamente, o médico é de uma classe superior e domina um saber hegemônico, impondo noções de cuidado e outras ações na área de saúde pública. Com a nova proposta do ACS, buscava-se ter um profissional da mesma classe social da comunidade e inserido em outras racionalidades e práticas de cuidado. Mas, determinadas perguntas devem ser feitas: esse profissional significou realmente uma mudança da estrutura; a horizontalidade significou o quê nesse processo? Essas perguntas serão debatidas em outro capítulo. Agora, interessa mostrar a construção do Programa e da figura do ACS, ou seja, como foi pensada e criada uma lógica para justificar sua presença.

Em 1991, como explica o especialista Fraga (2011), foi instituído por meio de um convênio entre as Secretárias de Saúde e a Fundação Nacional de Saúde (FNS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal programa tinha como missão minimizar ou reduzir os alarmantes indicadores de morbi-mortalidade infantil e materna, principalmente, na região Nordeste. Em 1994, surgiu, enfim, o Programa Saúde da Família (PSF), para complementar a experiência do PACS. A equipe do PSF, denominada de equipe multiprofissional, era composta por, em média, 6 agentes comunitários de saúde, 1 médico e 1 enfermeiro. Atualmente, de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o ACS deve cumprir 40 horas semanais e ter uma micro-área sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas. É recomendável que se tenha, no máximo, 12 ACS por equipe, e, minimamente, 4 para que seja validada.

Os postos ou Centros de Saúde eram e continuam sendo a estrutura física de referência para essas equipes, onde se institucionaliza a Atenção Básica em Saúde (ABS), também, denominada Atenção Primária em Saúde, que concretiza um dos três níveis de atenção a saúde. Starfield (2002) explica que essa divisão de níveis surgiu desde o Relatório Dawson, quando propôs um modo de organização dos serviços de saúde na Inglaterra, no início do século XX. Essa proposta estava baseada em três níveis de atenção: Centros de Saúde

Primários, localizados mais próximos das comunidades; Centros de Saúde Secundários, responsáveis pela oferta de serviços especializados; e Hospitais. Em conjunto e de modo articulado, tais serviços deveriam ser responsáveis pela atenção à saúde de uma população localizada em territórios de saúde. A Atenção Básica em Saúde, portanto, é composta por um conjunto de Centros de Saúde (CS) distribuídos em meio à comunidade. A missão desses é ser um local que comporte profissionais e métodos que propiciem a saúde, prevenção de doenças/agravos por meio do primeiro contato, da longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família e orientação comunitária (Starfield, 2002).

Diante desse quadro, a Atenção Primária em Saúde, tal qual o Agente Comunitário de Saúde, carregam, hoje, esperanças para que a saúde alcance melhor nível como se almeja. Apesar de ser considerada atenção básica, ou seja, de baixa complexidade e densidade tecnológica, é entendida como acesso à saúde de alta frequência. Portanto, constantemente esta necessita de frequentes reorganizações e aprimoramento. O Programa Saúde da Família trouxe ainda uma nova vantagem em se tratando da busca de um novo modelo de atenção, pois pretende se adiantar nas necessidades da população. Por conseguinte, se antes um indivíduo buscava o médico ou o hospital para marcar consultas quando sentia sintomas de doenças, agora, o profissional ACS bate à porta da família e leva acesso ao serviço e informações, conceitos e práticas de prevenção. À primeira vista, tal prática poderia ser pensada como uma ação tática operacional bastante simples. Porém, o fato de haver um profissional de busca ativa, compondo um programa que não visa somente à saúde do indivíduo, mas sim de toda sua família, sem dúvida, foi e ainda deve ser considerada e observada em suas potencialidade e fragilidades. Isso quer dizer que, tendo em vista a dinâmica dos contextos sociais em que o ACS atua, por exemplo, nas novas configurações de família, nas novas tecnologias sociais que são criadas e redes de apoio localizadas, esse serviço deve estar permanentemente se aprimorando.

À medida que foi implantando a Estratégia Saúde da Família, a ideia era dar passos contínuos para a quebra do modelo hegemônico biologicista e hospitalocêntrico. Pretendia-se modificar a visão de saúde centrada apenas na figura do médico ou na clínica médica. Ao longo desse processo, a ideia era modificar a assistência centrada na doença como um processo somente biológico e não social. Desse modo, a partir de uma análise da literatura, dos relatos de gestores dos Centros de Saúde e dos demais profissionais, percebe-se que a Atenção Primária em Saúde (APS) é pensada para além de ser “porta de entrada” do SUS. Apreende-se em falas informais dos profissionais de saúde que, caso esta fosse eficiente, como se preconiza, parte dos inúmeros problemas sanitários apresentados, hoje, seriam

diminuídos. Isso pode ser confirmado segundo a interpretação de Sakata (2009) sobre o documento “Programa Saúde da Família” do Ministério da Saúde de 2001:

“Equipes multiprofissionais da Atenção Básica em Saúde capacitadas e bem treinadas mantendo a educação permanente são capazes de resolver com qualidade cerca de 85% dos problemas identificados na população em sua abrangência e os fluxos dos usuários para os níveis mais especializados diminuí, ‘desafogando’ os hospitais” (SAKATA, 2009; p.26)

Complementando este argumento, Starfield (2002) afirma que:

“[...] um sistema de saúde com forte referencial em Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social.” (Starfield, 2002; p.726).

Portanto, a forma como a APS foi pensada parece conter o que foi debatido em espaços de discussão da gestão em saúde nacionais e internacionais e ser argumento de teóricos da gestão. No entanto, os problemas são inúmeros e não há a qualidade e eficiência esperada no sistema. Além disso, parece haver a criação de heroísmo e romantização sobre a figura dos ACS.

Diante deste contexto, no qual o ideal e o real não se encontram, este trabalho pretende analisar as representações sociais, isto é, o ponto de vista de quem pensa e vive a realidade do trabalho na Atenção Primária em Saúde, dentro dos Programas (ESF e PACS). Por meio desta análise, pretende-se compreender a partir do ponto de vista dos Agentes Comunitários de Saúde como eles vivem seu ofício e se situam em meio a esses programas. Nesse sentido, esta pesquisa pretende confrontar o espaço e o papel pensado para os ACS pelas instâncias superiores e legislação e a maneira como eles se identificam nesse sistema.

2.1 ATRIBUIÇÕES DO ACS: DELINEANDO UM OFÍCIO

Este trabalho pretende focar sobre os ACS tendo em vista sua posição especial de transitar na interface entre o modelo biomédico e a comunidade. Além disso, conforme visto anteriormente, o ACS representa um novo ator político, protagonista de determinado programa – Saúde da Família – cuja pretensão era levar a equipe de saúde a desenvolver ações diretas na comunidade. A proposta de deslocar o cuidado para o território onde se insere a população, se efetiva com a figura do ACS. Acredita-se que suas experiências podem acelerar e dar visibilidade às contradições e problemas na relação entre

Estado/profissionais/serviços/ e população/comunidade/usuários. (Wawzyniak 2009). Muitos dos ACS possuem mais do que um contato profissional com a comunidade, pois, por se tratar de uma função na qual uma das especificações para ocupar o cargo é ser habitante da área onde trabalha, eles mantêm vínculos afetivos com os cidadãos do local de abrangência.

Baseado em Silva & Dalmaso (2002), deve-se levar em consideração o fato de que a relação entre a equipe de saúde, o agente e a comunidade são elementos marcantes nas políticas de saúde. Nesse contexto de criação e efetivação de políticas, a presença do ACS é enfatizada como fundamental. Isso deve ser levado em consideração quando se pretende compreender o processo de construção da identidade do ACS como mediador social. Outro ponto essencial é que enquanto os outros profissionais têm um campo de conhecimento e prática específico promovido por uma instituição ao longo de sua formação, as capacitações dos ACS não lhes dão esta base ou campo de ação. Mas, tal base passa a ser construída na relação entre equipe, agente e comunidade. Nesse sentido, o ofício de ACS se diversifica ao longo do Brasil na construção dessas relações, assim está fortemente condicionado pelo contexto em que realizam o trabalho. De acordo com Silva & Dalmaso (2002), no município de São Paulo, o ACS se percebia e era percebido como conhecedor da população, organizador do acesso ao serviço de saúde, vigilante de riscos e controlador da aderência aos cuidados de saúde, propostos pelos médicos e enfermeiros, mas pouco se identificava com as ações de educação em saúde, por exemplo. Nesta localidade, seu desempenho não dependia tanto de sua capacitação ou da apropriação do saber dos demais membros da equipe, mas sim do senso comum, de Deus e dos recursos das famílias e da comunidade.

Os saberes e práticas localizados permeiam a atuação do ACS e, muitas vezes, pode influenciar sua prática. Toda profissão tem uma técnica que lhe dá uma base, mas, no caso dos ACS, o que parece ser a principal exigência é sua vivência pessoal. Isso gera certa ambivalência na construção de sua identidade e alguns conflitos. De acordo com Silva & Dalmaso (2002), isso acontece porque ele forma um grupo próprio que se diferencia tanto da equipe de saúde quanto da comunidade.

Nesse sentido ao atuar em um contexto entre espaços/tempo/saberes/práticas, o papel como mediador social deve ser levantado na formação de sua identidade. Desde a criação da figura do ACS, eles são vistos como “salvadores”, “heróis” do PSF, o que aumenta mais a necessidade de discutir em que contexto e como ele é encaixado dentro da política e programas de saúde destinados a famílias e comunidades e como vivem esse ofício. Suas funções foram pensadas na tentativa de mudança de modelo de atenção à saúde e a partir da lógica da necessidade da população. O setor saúde encontra-se em um cenário bastante

desafiador, portanto, ser situado como o elemento central de mudança do modelo assistencial no Brasil não é um processo simples de ser vivenciado. Com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção, reabilitação e minimização dos agravos da saúde dos indivíduos, o perfil pensado para o ACS não poderia deixar de prever um sujeito capaz de lidar com as adversidades do cotidiano de uma comunidade.

Como para todo profissional da saúde, os tipos de demandas feitas pelos indivíduos da comunidade aos ACS são marcadas por elementos subjetivos. Isso significa que dentro das necessidades que levam uma pessoa a buscar assistência médica estão vários questionamentos, negociações em contextos diversos. Nesse sentido, tratar a doença apenas como um problema biológico é uma prática maquiadora da realidade, já que as origens das doenças e o próprio processo de adoecimento em sua dimensão mais ampla não podem ser desconsiderados. Esse processo de adoecimento não é o mesmo e muito menos padronizado. Desta forma, o *locus* de trabalho do ACS, isto é, a comunidade, é formada de uma rede de relações sociais, no qual as pessoas se inserem em uma teia de significados, de valores, de princípios distintos, embora residam em uma mesma localidade. Essa dinâmica cultural e social que se diversifica no espaço e tempo deve ser levada em consideração e acaba por moldar sua atuação.

Em 1997, o Ministro da Saúde, Carlos Cesar de Albuquerque, por intermédio da portaria número 1.886, de 18 de dezembro, aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF. Assim, foi estabelecido o Plano de Ações e Metas com o intuito de priorizar os dois programas, estimulando a sua expansão e reconhecendo-os como estratégias para contribuir com o aprimoramento e reforma do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação do modelo de assistência. Por conseguinte, por meio do art. 1º, foram aprovadas normas e diretrizes para regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos programas. Além disso, a portaria ditou as diretrizes operacionais dos ACS que consiste em: trabalhar com adscrição² de famílias em base geográfica definida; ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. O recrutamento do Agente Comunitário de Saúde deve se dar por meio de processo seletivo, no próprio município, ou região administrativa (RA) com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde - SES. Por conseguinte, são considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos; saber ler e escrever; ser maior de dezoito anos; e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. Quanto ao aspecto de residir

² Adscrição: Responsabilizar a equipe de saúde pelos sujeitos que vivem na área geográfica.

na comunidade onde exerce seu trabalho, segue em tramitação no Senado Federal o fim da exigência de que o agente comunitário de saúde resida na área da comunidade em que atua. De acordo com este projeto, será exigido apenas que o profissional more no município de sua atuação. De acordo com o idealizador deste projeto de lei, o senador Sérgio Souza, a determinação representa um entrave à contratação de pessoas realmente qualificadas para exercer a atividade. Ele acredita “ser mais do que suficiente” que o agente comunitário de saúde resida na área do município onde vai trabalhar. O senador Sérgio Souza relata que:

“residir na área da comunidade em que atuar não faz mais sentido. Por isso, defendemos que qualquer pessoa qualificada tenha o direito de participar do processo seletivo e atuar na comunidade, ainda que não viva nela [...] No âmbito de um regime federativo como o nosso, a tentativa de legislar sobre tal matéria por meio de lei federal traz conflitos e ambiguidades difíceis de serem solucionadas” (PORTAL DO SENADO, 2013)

Os pontos que divergem da fala do Senador embasam e enfatizam que a necessidade do ACS habitar na comunidade consiste na concepção de que o ACS conhecerá mais profundamente a realidade de onde mora e trabalha; apresentará maior possibilidade de vínculo com a comunidade; lutará por seus vizinhos. Contudo, há controvérsias neste ponto que serão discutidas logo mais adiante nos resultados. De acordo com a legislação, as atribuições do ACS são: desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de Visitas Domiciliares (VD) e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor/supervisor lotado na unidade básica de saúde de referência. Ao ACS está vedado desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde.

Após aprovação na etapa seletiva, os ACS devem participar do processo de treinamento, o qual deve ocorrer durante a carga horária do serviço. No entanto, as especificidades de cada morador exigem a realização de recorrentes treinamentos, no intuito de subsidiar e orientar os profissionais sobre formas adequadas de resolução dos conflitos e demandas. O ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências.

Orientados todos pela mesma política, ao longo do exercício, caso o profissional ACS não se encaixe no perfil esperado, este pode ser substituído por um suplente que também tenha sido classificado no processo seletivo. Os motivos de substituição vão desde insatisfação com o serviço por parte do ACS, passar a não morar mais na área de atuação como ainda prevê a portaria, não disponibilizar carga horária necessária ou não cumpri-la, engrenar em outro mercado de trabalho, bem como não alcançar a aceitação da comunidade

de forma alguma. Conforme visto anteriormente, as atividades desenvolvidas por um ACS dependem muito da relação mantida entre ele, equipe de saúde e comunidade, portanto, a própria avaliação do desempenho de um ACS gera conflitos, pois esses critérios apresentados, na forma da lei, são recebidos de formas distintas pelos gestores.

Outra atribuição importante na atuação do ACS consiste no levantamento de dados a serem utilizados na alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). É esta alimentação que possibilita o monitoramento e avaliação das ações do PSF. Não realizar a alimentação do sistema de informação, por um período estimado de dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, implicará na suspensão do cadastramento do programa e em consequência, suspensão dos recursos repassados para estes fins. Essa alimentação do sistema depende muito da atuação do ACS. Na busca por tais informações é possível observar, o que foi discutido anteriormente sobre a capilaridade do sistema de saúde pública, pois o ACS adentra o território mapeando as áreas de moradias.

Outra atribuição básica e intransferível dos ACS, nos seus territórios de abrangência, é a realização inicial do cadastramento das famílias. Nesta ocasião, o ACS, durante as Visitas Domiciliares, faz questionamentos sobre a existência de gestantes, quantidade de membros residentes no domicílio, casos de doenças crônicas e agudas, renda individual dos moradores, condições domiciliares como quantidade de cômodos, sistema de esgoto. Notificam também qual o primeiro passo do itinerário terapêutico do usuário quando descobrem que estão doentes. Além disso, devem atuar na realização do diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico da comunidade, descrição do perfil do meio ambiente da área, realização do levantamento das condições de saneamento básico e mapeamento da sua área de abrangência. Dentre suas funções estão também o acompanhamento das micro-áreas de risco, a programação das visitas, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações mais críticas e atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias.

A ideia da polícia sanitária está, ainda, nas ações do ACS, especialmente na saúde materno-infantil, na qual na efetivação de suas ações, imposição de novas condutas podem ser feitas. Na forma da lei, em relação ao cuidado destinado às crianças, o ACS deve executar a vigilância da situação de saúde dos menores de 1 ano de idade considerados de risco bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) das crianças de 0 a 5 anos de idade. O controle sobre vacinações e a promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes de forma correta também são ações que se esperam de um ACS, tendo estes que encaminhar ao serviço de referência, criando alternativas de facilitação de acesso. Em relação

às mulheres que tiveram seus filhos há pouco tempo, prevê-se a promoção do aleitamento materno exclusivo e aquelas mesmas práticas realizadas no início do programa executado na cidade do Ceará: monitoramento das diarreias, das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência e monitoramento das dermatoses e parasitoses nas crianças.

O “aconselhamento” e “acompanhamento” pautam suas ações, modificando técnicas disciplinadoras, por exemplo, na legislação, no caso de adolescentes e demais familiares, o ACS deve orientar sobre a prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas. Deve, ainda, identificar gestações sem a realização de pré-natal, que devem ser solucionadas por meio da conscientização da importância das consultas e encaminhamento ao centro de referência o mais rápido possível. Dentro das normas e diretrizes referentes às atribuições dos ACS, estão também a realização de ações educativas sobre temas como: prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, métodos de planejamento familiar, nutrição para as famílias e comunidade, saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil. Em relação à população idosa, está previsto a realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso, abertura do cartão do idoso, acompanhamento de suas doenças, tratamentos, necessidades sociais e ainda a percepção sensível, caso haja algum mau trato advindo de filhos, esposo, netos e outros parentescos.

O ACS deve identificar os portadores de deficiência psicofísica juntamente com orientação aos familiares ou cuidadores, para o manuseio necessário no próprio domicílio, incentivo à comunidade na aceitação e inserção social destes. Algumas dinâmicas de grupo dentro da comunidade, reuniões e palestras foram colocadas dentro das atribuições dos ACS. Porém, em suas próprias falas, percebe-se os entraves que os impossibilitam de organizarem palestras dinâmicas e rápidas, conversas destinadas a um número maior de pessoas nas próprias comunidades e não nos Centros de Saúde. Há uma dificuldade de reunir um número maior de pessoas no Centro de Saúde, já que as distâncias geográficas acabam não permitindo esse deslocamento.

O decreto sobre as atribuições dos ACS prevê também a busca ativa das doenças infecto-contagiosas, o apoio a inquéritos epidemiológicos, investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória, a supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas. Para finalizar, são atribuições dos ACS ainda a orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas, realização de ações educativas para preservação do meio ambiente, realização de ações para a

sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos e outras atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

A intenção dessa seção foi mostrar o que se cobra do ACS, que deve abastecer um sistema, o qual dita o financiamento dos recursos. Além disso, ao apresentar as linhas de atuação do ACS, pretende-se apontar o quanto eles adentram a vida das pessoas, acionam redes de cuidado locais, pois as conhece, e repassa informações biomédicas. Diante disso, cabe perguntar se a proposta de ir além da clínica médica e do saber biomédico se efetiva? De acordo com Nunes *et al.* (2002), o ACS é uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde localizadas dos bairros onde mora e trabalha, mas atua a partir de referências biomédicas, conforme foi visto nas suas atribuições citadas acima, o que faz deste um sujeito que veicula contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre saberes e práticas. Cabe perguntar o que é esse papel de mediador social, como os ACS se pensam e vivem a experiência desse ofício. Para Flores *et al.* (2012), o ACS não deve ser um mero tradutor, “ligador de diferentes”, mas um mediador de conflitos entre os serviços de saúde e a comunidade, cuja ação deve buscar o consenso. Mas, como se vive tal situação? O sentido e o significado primordial de seu ofício é o trabalho dentro de comunidades de baixa renda, mas como se dá essa sua inserção e intermediação? Como o saber e as práticas biomédicas veiculadas pelo ACS penetram no universo popular? Essas e outras questões foram temas tratados com os ACS.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA: CAMINHOS PERCORRIDOS

Esta pesquisa é de cunho qualitativo, seu objeto é a realidade social, cena do dinamismo da vida individual e coletiva construída em meio a teia de significados formulados pelos sujeitos (Minayo & Gomes, 2012). Portanto, está inserida nas discussões das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, assim, tem como pressuposto que os indivíduos estão imersos em rede de significados, apresentam motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes historicamente construídos. Pauta este trabalho conceitos fundamentais das Ciências Sociais que vêm sendo agregados às formações de profissionais da saúde, pela capacidade que estes conceitos têm de permitir ver o indivíduo como um todo, que necessita de amplos cuidados. De acordo com Nakamura (2011), a Antropologia, uma das denominadas Ciências Sociais, “nasceu em meio a busca pelo conhecimento sistematizado sobre o ser humano” (Nakamura, 2011; p. 98). Baseando-se em Clifford Geertz (1989), um dos teóricos da Antropologia Social, as pesquisas voltadas para os fenômenos sociais pretendem realizar uma “descrição densa” do universo social objeto de investigação. Geertz busca abordar o fenômeno social como uma leitura “de” e “para” a realidade, como um contexto no qual os acontecimentos sociais são interpretados, vividos (Geertz, 1989). Seguindo esta linha, este trabalho observa os eventos sociais vivenciados pelos Agentes Comunitários de Saúde em interação com a comunidade e equipe de saúde como processos de significação continuamente produzidos pelos indivíduos, quando estabelecem relações sociais. Na rede de relações sociais que mantêm, os ACS atribuem significados às experiências vividas. Portanto, este trabalho pretende compreender com base na interpretação dos significados que emergem da interação social, considerando a realidade concreta dos indivíduos, a experiência de ser um ACS. Sobre a antropologia, que estuda o comportamento do homem, Malinowski (1988) afirma que:

“Estudar o homem, significa, portanto estudar tudo aquilo que mais intimamente lhe diz respeito, ou seja, o domínio que a vida exerce sobre ele. Cada cultura possui seus próprios valores: as pessoas têm suas próprias ambições, seguem a seus próprios impulsos, desejam diferentes formas de felicidade. Em cada cultura encontramos instituições diferentes, nas quais o homem busca seu próprio interesse vital, costumes diferentes através dos quais ele satisfaz as suas aspirações: diferentes códigos de lei e moralidade que premiam suas virtudes e punem seus defeitos. Estudar as instituições, costumes e códigos, ou estudar o comportamento e mentalidade do homem sem atingir os desejos e sentimentos subjetivos pelos quais ele vive, e sem o intuito de compreender o que é, para ele, a essência de sua felicidade é perder em minha opinião a maior recompensa que se possa esperar do estudo do homem.” (MALINOWSKI, 1988; p. 34)

Na análise de Nakamura (2009), semelhante aos argumentos de Malinowski, Mauss (1993) em seus estudos apresentou a importância de, nas pesquisas sobre as diferentes sociedades, observar a relação entre as várias dimensões da vida social e cultural que as constituem e da observação empírica dos fatos sociais como condição imprescindível à compreensão (Nakamura, 2009). Isso significa que mediante o método e técnicas de pesquisa são construídos caminhos para contemplar a totalidade ou pelo menos a parcialidade da vida social de forma mais profunda. O pesquisador deve fazer uso de determinadas “faculdades do entendimento” (Cardoso de Oliveira, 1998; p. 18). A mesma autora define tais faculdades como qualidades essenciais do pesquisador que auxiliam na integração entre a percepção (da realidade empírica) e pensamento (teórico) que conduz ao “ato cognitivo” de natureza epistêmica a partir do qual trás possibilidades de construção do saber. Malinowski foi uma dos primeiros a delinear o método etnográfico na efetivação do trabalho de campo. O método é uma forma de abordagem do fenômeno social que articula teoria e a realidade empírica e, no caso do método etnográfico, este visa uma descrição densa. No dicionário Aurélio (2001), etnografia significa o ramo das ciências humanas que tem por objeto o estudo descritivo das etnias, “grafia da cultura”, isto implica em descrever em diários de campo, não de forma banal, mas de maneira aprofundada tudo o que se vivencia (Aurélio, 2001).

Este trabalho está baseado neste método, obviamente que diante das limitações de tempo de uma monografia de graduação não foi possível potencializá-lo e utilizar todas as suas técnicas. No entanto, seguiu os princípios apontados por Malinowski de levar em consideração o máximo de dimensões da vida dos ACS. Para tanto, buscou-se ouvi-los e observá-los em sua totalidade, tanto nas vivências de suas aflições quanto de suas reflexões. Portanto, no levantamento dos dados, foram levadas em consideração as percepções do ser humano como profissional, como parte de uma comunidade, como amigo dos moradores e como um indivíduo que tem medos e que anseia melhorar a cada dia mais. Dessa maneira, esta abordagem preocupou-se também em ouvir os ensinamentos e as considerações formuladas pelos ACS. Buscou-se fazer uma discussão sobre a maneira como esses pensam sobre e vivenciam sua experiência no contexto de trabalho.

Outro ponto importante sobre a aplicação do método etnográfico, é que se deve seguir caminhos opostos ao etnocentrismo, embora seja difícil controlar os juízos de valores em determinadas situações de trabalho de campo. No entanto, esse é um exercício que deve pautar a pesquisa etnográfica, tendo em vista que o etnocentrismo leva a gestos de repúdio em relação a outras religiões, crenças e costumes. O oposto do etnocentrismo é composto pela legitimidade da diversidade cultural, isto é o exercício do relativismo cultural. Isso significa

que o olhar etnocêntrico é evitado neste trabalho, pois é justamente o exercício contrário do que se busca, já que pretende-se analisar o ponto de vista do outro.

Diante da vasta opção de metodologias inseridas na área da saúde, a etnografia apresentou-se como uma forma predominantemente interessante para o presente trabalho. Para as perguntas que se tentou responder, o melhor método foi o etnográfico. Algumas dessas perguntas são: como compreender indivíduos cheios de especificidades? Como compreender um profissional que convive em um meio no qual precisa conciliar pelo menos quatro aspectos, os saberes biológicos oficiais, a dura burocracia muitas vezes presente na resolução de problemas, a necessidade da comunidade e ainda a sua própria trajetória profissional. Como o ACS lida com outras subjetividades como a comunidade?

Em outros tipos de estudo são válidos os usos de técnicas como a aplicação de questionários fechados, porém, no trabalho em tela, mostrou-se ser de suma importância ter as respostas formuladas pelos entrevistados. Assim, uma das principais técnicas de pesquisa foi o uso de entrevistas semi-estruturadas, por meio dessas foi possível alcançar as representações sociais dos sujeitos envolvidos. Outras técnicas estão compreendidas em duas dimensões do posicionamento do pesquisador que compõem o método. De acordo com Cardoso de Oliveira (1988), o pesquisador deve ter o olhar e ouvir aguçado para alcançar o pensamento refletido, as práticas e o inconsciente coletivo. Embora pareça trivial e simplista, no decorrer do processo é facilmente perceptível os desafios que os três elementos impõem ao pesquisador. Chegar até o ambiente de pesquisa ainda “desconhecido”, e tornar-se confiável, criar espaços para conversas mais profundas não são tarefas fáceis. Alguns dados são adquiridos em sistemas de informações, outros em documentos importantes, mas as representações de cada indivíduo, as representações sociais, só há um lugar a se buscar. Este lugar de imediato não está dado, mas está aguardando que o pesquisador o observe.

Este trabalho teve duração de um mês, com estadas durante duas vezes na semana em período integral ou parcial no Centro de Saúde ou acompanhando os ACS em visitas domiciliares, em suas rotinas de trabalho, especialmente, em contextos no qual havia o contato com a comunidade. Diante do objetivo que se propôs e diante do curto tempo para o desenvolvimento da pesquisa, o período foi planejado e aproveitado da melhor maneira possível. Ao todo, a pesquisa se dividiu em três momentos distintos. O primeiro em um levantamento bibliográfico sobre o assunto, levando em conta que o pesquisador requer uma base sólida para que consiga fazer distinção entre o que é ou não relevante, como chegar a aquele determinado dado ou informação e ainda ter conhecimento do panorama geral do que é realmente o objeto. O segundo momento compôs-se da execução da pesquisa em si. Momento

de ir a campo, conviver e realizar o exercício do olhar, escutar e escrever sobre o que é para os ACS o seu próprio trabalho. O que eles entendem por ser o elo, como este processo ocorre, como lidam com a existência da necessidade de um reconhecimento maior, como eles se sentiam no ofício. Neste momento, a ideia central era buscar as representações sociais dos agentes comunitários sobre o que entendiam por mediação social, pelo seu ofício. Para tanto foram realizadas entrevistas, além disso, foi necessário acompanhar os ACS em sua jornada de trabalho com o intuito de explorar outra técnica de pesquisa como a “observação participante” que consiste em “um período de interações sociais intensas entre o investigador e os sujeitos, no meio destes, durante o qual os dados são recolhidos de forma sistemática” (Bogdan & Taylor, 1975 *apud* Correia; p.31).

No último momento, realizou-se a transcrição das falas de cada entrevista, sistematização de cada visita domiciliar acompanhada para análise e, por fim, a compilação de informações e resultados para a escrita do trabalho, a fim de chegar a conclusões. Ao final, foi realizada a escrita do trabalho.

Ao todo foram entrevistados 5 ACS e a gestora de um Centro de Saúde. Destes cinco ACS apenas um mora no Sol Nascente, os demais moram em outras localidades na região administrativa da Ceilândia, por isso atuam respaldados por um processo judicial que os permite exercer o ofício, mesmo com a característica de não morar no setor de atuação. Esta permissão se deve ao fato da não clareza do edital, que regeu o processo seletivo destes profissionais, quanto à delimitação de local de atuação. As entrevistas aconteceram no local de descanso dos colaboradores, durante suas visitas domiciliares e em outros locais que os mesmos definiram, justificando se sentirem mais à vontade. Os ACS tinham entre 26 e 40 anos de idade. Predominou-se a contribuição de ACS do sexo feminino, sendo 2 homens e 3 mulheres. Quanto à escolaridade, três possuem ensino superior incompleto. E dois possuem ensino médio completo. Entre as faculdades cursadas por eles estão Farmácia, Administração e Direito.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA: O SURGIMENTO DO SOL NASCENTE NA CEILÂNDIA

Em 1960, Brasília torna-se a capital do Brasil. A rápida construção foi marcada por desafios relacionados a transporte, falta de estradas para pouso, descrédito de parte da alta sociedade política, necessidade de mão de obra, ausência de qualquer estrutura. Todos esses

aspectos “rodearam” a construção do que hoje é Distrito Federal e suas regiões administrativas.

Tendo como base os estudos de Almino (2007), a construção da cidade deu concretude à ideia de transferência e interiorização da capital do Brasil, que permeava a história desde a época do Império. Em 18 de abril de 1956, Juscelino Kubitschek enviou projeto de lei ao Congresso Nacional e após resistências de parlamentares da oposição, o projeto enfim, se transformou em lei e foi sancionada em 19 de setembro do mesmo ano. Esse projeto de lei delimitou a área de fixação do novo Distrito Federal e autorizava a constituição da Companhia Urbanizadora da Nova Capital (Novacap). A data de 21 de abril de 1960 era a data que a lei de 1º de outubro de 1956 fixou para a inauguração. Isso traduzia-se em pouco mais de três anos para que a construção fosse concluída. Para tanto, foram necessários inúmeros trabalhadores, que vieram de fora para atuar como mão de obra para que a cidade fosse erguida.

Em meio à institucionalização e a várias promessas de um futuro melhor, a migração para o Distrito Federal foi enorme e inevitável. Surgiu então o que se denominou de “cidades dormitórios” ao redor do Plano Piloto que foram batizadas de cidades satélites e, em seguida, regiões administrativas. Anos mais tarde, ações políticas tiveram como consequência uma nova migração, desordenada e em massa para o Distrito Federal. Segundo Lopes (1993), o chamado inchaço urbano adquiriu tamanha proporção, que Brasília hoje possui muito mais de 2 milhões de habitantes, número diferente do que previu Lúcio Costa, quando em seu planejamento urbanístico propôs cerca de 500 mil habitantes no ano de 2000.

Pensada como um exemplo de agilidade e eficiência urbana, com uma proposta de boa acessibilidade e modernismo, exemplo de modelo de convivência harmoniosa e integrada entre as classes, Brasília sofreu na íntegra importantes distorções e adaptações em sua proposta idealista inicial, dando origem a um crescimento desordenado e explosivo, segregando as classes baixas para a periferia e consagrando o Plano Piloto para o uso e habitação das elites. Em 1970, com apenas dez anos de fundação, Brasília já tinha mais de 70.000 pessoas denominadas de favelados, que moravam em 14.607 barracos (Lopes, 1993). Segundo o mesmo autor, as causas dos surgimentos das invasões ou favelas no Distrito Federal resultam de fatores como, imprevisão, demografia, fator econômico e social. Em 1969, foi realizado em Brasília o seminário sobre problemas sociais do Distrito Federal. Neste a crise de “favelamento” foi levantada como fator extremamente preocupante. Reconhecendo a gravidade do problema e suas consequências, o governador Hélio Prates da Silveira solicitou a erradicação das favelas à Secretaria de Serviços Sociais, comandada por Otamar

Lopes Cardoso. No mesmo ano, foi criado um grupo de trabalho que, mais tarde, se transformou em Comissão de Erradicação de Favelas. Foi criada, então, a Campanha de Erradicação das Invasões, presidida pela primeira-dama, dona Vera de Almeida Silveira. Em 1971, já estavam demarcados 17.619 lotes, numa área de 20 quilômetros quadrados, que, posteriormente, foi ampliada para 231,96 quilômetros quadrados, pelo Decreto 2.842, de 10 de agosto de 1988. Os lotes ficavam ao norte da cidade de Taguatinga, nas antigas terras da Fazenda Guariroba. Os mesmos foram destinados à transferência dos moradores das invasões do IAPI, das Vilas Esperança, Bernardo Sayão, Tenório entre outras. Invasões com mais de 15 mil barracos e mais de 80 mil moradores sofreram modificações.

A Novacap fez a demarcação de território que seria utilizado para a transferência dessas invasões em 97 dias, com início em 15 de outubro de 1970. Em 27 de março de 1971, o governador Hélio Prates lançava a pedra fundamental da então cidade-satélite de Ceilândia (Lopes, 1993). Deu início o processo de assentamento das vinte primeiras famílias da invasão do IAPI. Ceilândia, hoje, possui, cerca de 400.000 habitantes (Pesquisa Distrital por Amostras e Domicílios - PDAD 2010/2011), porém informalmente, consta-se a existência de cerca de 600.000 habitantes, sendo a região administrativa de maior população do Distrito Federal.

Apesar de todos os fatores, a começar pelas iniciais de seu nome, “CEI” que é a sigla para Centro de Erradicação de Invasões e pelo seu estigma de violência e panorama de marginalidade estampada nas mídias, Ceilândia já é considerada uma cidade autônoma e valorizada, com estrutura de comércios, restaurantes, hospital, centros de saúde, escolas, faculdades e campus da Universidade Federal. A cidade carrega o estigma de violenta, porém, assim como Fleischer (2012) observou, esta condição é relativizada ao entrar nas comunidades e conviver com as equipes de ACS. Previamente a entrada no campo, as buscas de notícias afirmam ser essas pessoas vulneráveis, mas conversando com elas, ouvindo seus discursos e percebendo a fisionomia tranqüila que transparecem, faz com que estereótipos de impossibilidade de atuação e da própria vulnerabilidade sejam quebrados. De acordo ainda com a autora “muitos estudiosos têm apontado que a injustiça social (e a própria violência) no país tende a abrandar-se quando o Estado se faz mais presente na forma de políticas públicas e equipamentos sociais” (Fleischer, 2012; p.412). Então, observar como se efetiva o Programa Saúde da Família em um dos bairros mais pobres da Ceilândia leva a vários problemas intrigantes. Dentro da Ceilândia, esta pesquisa aconteceu com os ACS que atuam no Sol Nascente. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o Sol Nascente é visto como a segunda maior favela do Brasil, originada a partir da década de 1990 por meio de grilagem de terra. Hoje, abriga em média 60.000 moradores, ficando abaixo apenas do

complexo da favela Rocinha no Rio de Janeiro. (Portal de Notícias - Região Administrativa de Ceilândia).

O aglomerado Sol Nascente é resultado da exploração ilegal e indiscriminada de terras em Brasília. Está situada a cerca de 30 km do Palácio do Planalto. Abrange, hoje, 60.000 moradores alocados em 15.737 moradias. É chamado pelo governo de aglomerados subnormais, nome dado devido à ocupação irregular e com a pouca estrutura de serviços públicos. O loteamento é conhecido pelos habitantes como Condomínio Pôr-do-sol. Foi formado por meio da ação de grileiros, que exploram a população altamente marginalizada socialmente, vendendo terras da União por meio da posse de chácaras sem nenhuma condição de habitação. Na entrada do local, percebe-se o esquecimento dessa área. Não existem condições mínimas como estrutura de esgoto e coleta de lixo. O terreno é irregular e não possui asfalto. O barro vermelho e lixo não coletados agravam o cenário. No local, há muitos animais como gatos, cachorros, cavalos e galinhas. A existência desses animais em grande quantidade e soltos é ressaltada na fala dos ACS que trabalham no local.

Em período de chuva, a entrada por veículos móveis é difícil, sendo a melhor alternativa descer as ruas a pé. No entanto, alguns habitantes vêem o local de moradia como um grande sonho, pois se encontrou possibilidades de sair de aluguéis e ter um teto fixo, próprio. Porém para outros, percebe-se a luta por mudanças emergentes já que acreditam ser um local ruim, com péssimas condições de vida, ou ausência de estrutura. Essa antítese de críticas ao local, nos leva a confirmar ou a relativizar alguns dados. Por se tratar de um local muitas vezes citado na mídia como sendo local da terra sem lei, onde a violência e a qualidade de vida levam a acontecimentos brutais, faz com que a imagem do ambiente seja “negativizado” e temido. Todavia, conversar com alguns moradores durante as visitas domiciliares juntamente com os ACS, causa o impacto algumas vezes inverso, o da relativização das condições.

Segundo os profissionais agentes comunitários de saúde que fizeram todo o cadastramento da população adscrita, o Condomínio Sol Nascente tem tomado proporção mais do que descontrolada. De acordo com eles, a cidade vem crescendo e ameaça crescer mais a cada ano. Dentro do Sol Nascente, existe ainda uma extensão da invasão. São casas construídas às margens de um córrego, chamado de córrego das Corujas. Este local é uma das áreas que oferece à população um alto risco. No período de chuvas, o córrego enche e alaga todas as casas da proximidade e arrasta todo lixo descartado de forma indevida para dentro dos domicílios. A população desta área pode ter suas casas inundadas ou desabadas em detrimento disso. Percebe-se que muitas famílias não residem no local no período de chuva.

Embora haja uma grande resistência, sobre a qual é preciso muitas vezes que o ACS fale dos perigos como a probabilidade de acontecer tragédias caso o nível de água suba com as chuvas, muitas famílias já se conscientizaram e não ocupam mais algumas casas. Essas pessoas estão morando com irmãos ou tios que moram em chácaras mais afastadas do córrego, mas, ainda, dentro do Sol Nascente.

A coleta de lixo é realizada, porém o caminhão de lixo só consegue entrar na pista principal. Isso faz com que os moradores sejam forçados a levar o lixo para uma das extremidades da rua, o que ainda não é hábito entre todos os habitantes. Muitos deixam o lixo em frente aos seus domicílios. Por ter característica íngreme de ladeiras, as últimas casas sofrem mais com o impacto do lixo jogado ou deixado nas ruas, pois com as chuvas, o acúmulo nessas casas é maior. Ainda, nesse quesito, há o problema da queima do lixo que, de acordo com os ACS pode trazer aos moradores maiores possibilidades de doenças alérgicas e respiratórias.

Sobre as condições de esgoto, como não ainda não há o serviço público de organização da rede, os domicílios fazem uso de fossa a céu aberto. Quando vão residir em algum lote, cavam buracos fundos e grandes e fazem a ligação dos sanitários até esses buracos. Para os ACS, essa falta de estrutura faz com que alguns tipos de doenças sejam de alta incidência no ambiente. Além disso, animais como ratos e baratas são frequentes e por isso até comum para os moradores e agentes.

Com relação aos serviços de saúde no Sol Nascente, há algumas equipes de Programa Saúde da Família, que atuam nas áreas de abrangência. Cada uma com um enfermeiro supervisor, um técnico de enfermagem, um médico de Saúde da Família com, em média, de cinco a sete ACS. Cada ACS é responsável por em média 150 a 170 famílias, cada família possui aproximadamente de 3 a 5 pessoas o que totalizam 600 pessoas, em média. Os enfermeiros e médicos, atualmente, não visitam o setor de abrangência, pois não existe a disponibilidade de transporte para estes e nem para o material necessário à assistência nas comunidades. Algumas mudanças estão previstas e foram informadas em reunião com gerentes da DIRAPS (Diretoria Regional de Atenção Primária a Saúde).

Embora não tenha sido o foco do trabalho etnográfico, verificou-se que o perfil da população é predominantemente indivíduos com baixa renda, entretanto isso é bastante relativo já que se vê algumas casas com perfil de classe média, com bom veículos e que não fazem o uso da ESF pelo fato de terem planos de saúde. Segundo relatos de uma ACS, o nível social e econômico para alguns têm subido gradativamente.

4 RESULTADOS DA PESQUISA: A EXPERIÊNCIA DE SER ACS ENTRE CONVERSAS E FATOS

4.1 “É UM BOM TRABALHO, MAS NÃO UMA BOA PROFISSÃO”

Ao analisar a fala de cada ACS, realizando uma minuciosa associação com seus gestos e expressões, pode-se compreender que dentro do processo de trabalho que convivem, chegam a conclusões de que o trabalho é bastante gratificante. No caso dos agentes em questão, existem momentos do ofício que valem muito a pena, amenizando assim algumas frustrações que sentem por outros motivos diversos.

O vínculo com a comunidade tão citado na literatura relacionada à profissão, ocorre, no caso dos ACS em questão, na ligação que estabelecem ao longo do tempo com as famílias, que se constitui não porque existe a relação entre um prestador de serviços públicos e usuários, mas porque às vezes acabam por ocupar o lugar de algum membro da família. Os ACS referem-se às famílias com quem atuam como “minhas famílias”. Esse vínculo é construído por meio de momentos específicos, doenças em determinada família na qual o ACS acompanhou de perto, dificuldades diversas nas quais as famílias passam e os agentes acabam realizando ações que não fazem parte de suas atribuições ou então aquele vínculo alcançado de forma diária no decorrer das visitas. De acordo com os ACS:

“Nossa eu tenho vínculo demais com as minhas famílias (famílias dessa área de atuação). Eu já levei uma senhora para uma consulta no hospital da Ceilândia, porque ela não sabia onde era e eu me preocupei com ela ir só. A família não pode, ou não quer ajudar sabe. Então, tem esse vínculo sim. Não é função minha de levar ela lá pro Hospital. Tem coisa assim que você vê que você fica frustrada, porque você não tem como ajudar mais aquela família. Mas dá pra ter vínculo. E não sou só eu. (ACS 02)

“[...] às vezes você tem um retorno muito gratificante, você forma um vínculo com a população que é muito bom. (ACS 03)

“Hoje, eu sou muito apegada com as crianças que eu tenho porque é assim, a gente acompanha bem de perto até dois anos, então eu já chego, eu já entro mesmo, converso, já brinco. Em relação a isso é muito gostoso.” (ACS 04)

“Acho que é a melhor parte do trabalho, esse contato com alguns moradores que são muito carinhosos” [...] “Depois de um tempo a gente chega na casa, usa o banheiro das pessoas, toma café, come. Dá pra ter um vínculo legal.” (ACS 02)

Percebe-se, portanto, que o vínculo no entendimento deles não se refere à tradução do saber biomédico, mas na empatia, resolução de conflitos que estão além de sua atuação.

O ACS por ter como atribuição realizar em torno de cinco visitas por turno, muitas vezes faz apenas uma, pois o fato de entrar em um domicílio e começar a conversar com o usuário faz com que todo o seu tempo seja preenchido e as demais visitas fiquem para o período da tarde. Alguns afirmam que apesar de atrasar o fluxo das visitas domiciliares, esse é um dos pontos positivos do trabalho em si. Conversar, bater papo muitas vezes é o início do vínculo que eles tanto procuram alcançar e a forma de conhecer a história de vida do morador. Pelo fato das primeiras visitas serem realizadas logo cedo, alguns inclusive são convidados a tomar café da manhã, comer um bolo, entre outros fatos que marcam a presença do “sentir-se à vontade” a ponto de convidar o agente a entrar e tomar o café, sentar-se à mesa. O fato do próprio ACS aceitar tal proposta também revela a reciprocidade da sensação de proximidade que vai além das tarefas preconizadas. Isso mostra como sua técnica de atuação da conversa informal segue o que Robles (2012), chamou atenção do “aconselhamento” e “acompanhamento”. Por esse meio, o ACS adentra as redes de cuidado produzidas localmente e seguem transferindo o saber biomédico.

Esse vínculo também é marcado pela afetividade. Muitos usuários da terceira idade se preocupam com o bem estar do agente. Existe uma ligação de forte afinidade, principalmente quando se tratam de idosos, pois eles muitas vezes passam a tratar os profissionais, tal qual netos, filhos. Essa troca de experiências e cuidado entre profissionais e membro da comunidade é um fator preponderante para que o ACS possa caracterizar o seu trabalho como um trabalho bom. Nas falas a seguir é possível perceber essa entrada do ACS por meios capilares e como os outros saberes são transferidos de modo mais suavizado, não disciplinador e com poder de polícia. Mas, não deixa de ter a imposição de um saber, por isso, Robles (2012), se refere à “polícia amiga”:

“Essas pessoas que chegaram aqui, essas duas senhorinhas são da minha área. Formei um vínculo com elas muito grande. Elas me tratam como se fosse filha ou uma neta. É um retorno bom, é gratificante.” [...] “Eu passo, puxo a orelha delas em relação a saúde, alimentação e até fé e elas puxam minha orelha também quando eu estou precisando”. (ACS 03)

“Cheguei um dia na casa de uma senhora, eu tava mal, bem velinha ela é, e aí ela pediu pra eu entrar, esperar elas achar o cartão dela, eu entrei, a gente conversou, e eu que acabei recebendo uma força nesse dia”. (ACS 01)

Nota-se, portanto que o vínculo nestes casos leva a infiltração da política por outras vias. O agente faz suas visitas previstas, orienta, aconselha, sugere, dá informações, atualiza as fichas, porém, essa maneira de apresentar a política e os cuidados existe na contrapartida de trocas de experiências e afetos, nos conselhos para vida que as pessoas passam para o ACS.

De acordo com os agentes, verificou-se que não apenas o vínculo tornava o trabalho bom, mas também a liberdade diária em poder passar um longo tempo conversando com cada morador, a não padronização do trabalho, a dinamicidade existente são fatores que tornam a eles, um trabalho prazeroso. Paralelo a isso, há a flexibilidade de horário, apesar de serem profissionais que devem cumprir a carga horária de 40 horas, caso haja imprevistos ou condições adversas de tempo, possuem a flexibilidade de ir ao Centro de Saúde e ficar empenhado em atribuições que demandam a estrutura da Unidade Básica de Saúde, como marcação das consultas, abertura de prontuários entre outros. De acordo com os ACS:

“Todo dia o trabalho é diferente. As pessoas são diferentes. A gente tem que passar uma vez no mês em cada casa, se eu quero ficar muito (tempo) em uma e pouco em outra eu posso. (ACS 04)

“Temos flexibilidade de horário. Somos 40 horas, mas nós fazemos o nosso horário. Por exemplo, se tiver chovendo eu não vou descer (entrar na comunidade), eu faço cartão, eu marco consulta no Centro e fico lá. Então não tem aquela rotina certinha. A gente tem que assinar o ponto todo dia, mas, por exemplo, eu tenho 144 famílias. Se der dia 20 eu já tiver feito as visitas tudo, eu tenho que entregar meu relatório até dia 27, 28, aí pronto, eu não preciso ir mais, eu posso, por exemplo, ir pra área fazer palestras.” (ACS 04)

Apesar de apontarem como ponto positivo, os vínculos, a conversa, a dinâmica e a liberdade, os agentes, em vários momentos, se sentem desvalorizados pelo governo, pelos demais grupos de profissionais do Centro de Saúde e, às vezes, até pela própria população, embora, essa última não seja o foco mais profundo do descontentamento. Ainda, dentro dessa desvalorização, encontram-se as reclamações sobre os treinamentos, segundo eles, raros e sem continuidade. Acreditam que alguns treinamentos da Secretaria de Saúde – SES são eficientes, porém quando se trata dos ACS como público alvo, relatos de péssima qualidade são citados. Existe por parte deles, a ideia de que devem ser constantemente treinados. Por estar em uma posição “da ponta”, condição obrigatória de contato direto com os usuários, as reclamações e pedidos da comunidade atinge diretamente a eles, e sem preparação adequada e respaldo passam a ter sensações de inutilidade ou sobrecarga quando não conseguem solucionar os problemas.

“A gente é muito pouco valorizado pelo Estado, ele não dá assim a atenção devida, pode até passar na televisão que ACS é importante, mas na prática mesmo, a gente não é valorizado. Tanto pelo trabalho, salário, condições de trabalho, por tudo.” (ACS 02)

“Não temos valorização. O curso que a gente recebe, parece que eles não se empenham pra dar pra gente [...] Capacitar mesmo o profissional sabe. Tenho três anos aqui, quando a gente entrou recebemos só um treinamento. Eles não capacitam, não fazem uma reciclagem [...] Existem muitos problemas que a gente no início não sabe lidar. Devia ter sempre esses treinamentos que aí a gente trabalharia melhor e mais consciente [...] Tenho vontade de ser útil em vários momentos, mas às vezes não tem como. Eu sozinha não consigo” (ACS 04).

Outro ponto levantado é o fato do agente ter constantemente acréscimos de atribuições e não possuírem mais uma vez treinamento para isso. Eles vêem neste quesito uma forma de desvalorização. Não acreditam que esses incrementos são sinais de que a profissão está tomando proporcionalidade maior, mas sim que estão sendo usados para qualquer fim. Segundo eles, isso ocorre por fazerem parte de uma classe ainda fraca no rol de profissões sanitárias. Percebe-se, portanto, que é uma profissão que se estrutura principalmente por ter o contato com a comunidade, mas não possui uma base de conhecimento, o que acaba por tornar a lógica de operacionalização do sistema falha. Assim, sobre o ACS recaem problemas que obviamente não estão claros para ele como solucioná-los. O importante é ele estar lá, mas não como estar, como fazer, o que fazer, pois essas ações não são temas debatidos. Esse sentimento de desvalorização na identidade do ACS é reforçado na interação com os outros profissionais de saúde, conforme veremos adiante.

Nessa lógica da falta de uma base de conhecimento e atuação e na ênfase dada a sua posição localizada, novas atribuições recaem sobre eles. Recentemente, receberam a informação de que teriam que assumir o mesmo trabalho dos Agentes de Vigilância Ambiental – AVAS. Este serviço inclui o preenchimento do cartão controle sobre focos de dengue, bichos em casa, condições ambientais da área. Deverão ainda ir aos domicílios e buscar saber a situação dos moradores que participam do Programa Bolsa Família, acompanhando se as crianças permanecem na escola e buscando conscientizar a mãe ou responsáveis para que eles não se esqueçam de ir ao Centro de Saúde pesar e medir seus filhos, já que esses procedimentos são os que comprovam os requisitos básicos para que sejam recebedores dos recursos do programa. Em algumas falas percebe-se a indignação por essas novas atribuições, mesmo sendo todas elas ações no combate a condições agravantes da saúde. Alguns serviços que se exige e somam na carga de trabalho do ACS e a maneira como se efetivam acabam por ser atitudes paternalistas para com a população. Assim, estar na comunidade, ser mediador para o “empoderamento” das famílias, que permita que o próprio indivíduo se responsabilize e invista em sua saúde e em seus determinantes, acabam se tornando ações higienizadoras, vigilantes de condutas e paternalistas. Segundo os ACS, sobre essas novas atribuições:

“São muitas atribuições, porque tudo eles colocam pra gente, a gente mesmo vai ter que fazer o trabalho dos AVAS que não tem nada a ver, trabalho de vigilância ambiental. Só jogam, só jogam. Acho isso uma forma de desvalorização! [...] O agente tem que estar acompanhando quem está indo quem não ‘está’ indo pesar pro Bolsa Família. Pra mim a mãe que tinha que ir, ela que teria que ter interesse, é ela quem precisa muito e precisa ficar de olho e buscar, mas não, a gente tem que ir lá, na casa da

peessoa, pedir pra ela ir, quase implorar, porque se não eles não vão.” (ACS 04)

“O curso ofertado é eficiente em alguns pontos e em outros não. Acho que deveria acontecer com mais frequência. Toda vez tem programa novo e a gente tem que saber. Por exemplo, o Bolsa Família, nós temos que trabalhar nele. Eles recebem auxílio de 70 reais, mas pra receber tem que atualizar o cadastro. Pra atualizar o cadastro a pessoa tem que comprovar que a criança ‘está’ na escola, tem peso bom, não ‘está’ desnutrido. Porque se não o que a mãe tem feito com o dinheiro? Até isso a gente tem que fazer, pesar e medir. (ACS 02)

Por outro lado, o ACS tem a “missão” de fazer um trabalho informativo, educativo. Em seu planejamento consta levar à população informações pertinentes sobre saúde, doenças, agravos e levar ao serviço as demandas, o panorama da saúde do local. Poucos são os profissionais que conhecem como são realmente as condições da população a quem prestam assistência. E é neste ponto que está o diferencial da função em questão. No entanto, essa sua atuação figura como uma “missão” que não tem repercussão ou angaria “rebanhos” na equipe de saúde, assim seu conhecimento se perde na rígida hierarquia que estrutura o sistema, conforme veremos mais adiante.

4.2 “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ONDE FICA?”

Hoje os ACS precisam lidar com condições pouco propícias ao desenvolvimento do trabalho. Atualmente, participam de uma rotina semelhante e comum a todos. Acordam cedo, vão ao Centro de Saúde (CS), assinam o ponto e dirigem-se para a comunidade do Sol Nascente, onde estão alocados. Aproximadamente, contabiliza-se de 4 a 5 km do CS para suas áreas de abrangência. Se os ACS decidem por ir a pé de casa para o CS, e do CS para a comunidade e caminham por lá durante as visitas domiciliares em um terreno com solo irregular se sentem fadigados. Depois, retornam ao centro para assinar o ponto e por último voltam para suas casas, no total, contabiliza-se muitos quilômetros. Esse longo trajeto até que saíam de suas casas, assinem o ponto de controle, e cheguem ao local de trabalho, segundo a gestora do Centro de Saúde, faz com que a qualidade de suas visitas domiciliares (VD) diminua e a produtividade também.

Outras tentativas foram implementadas pela Secretaria de Saúde na tentativa de diminuir os problemas quanto ao transporte. Há algum tempo, a solução foi disponibilizar bicicletas aos agentes. Entretanto, muitos outros problemas foram surgindo com o uso desta. Entre esses estão roubos de bicicleta e bicicletas quebradas, pois não eram adequadas para o

uso diário em lugares com o solo desnivelado. As bicicletas na avaliação dos ACS dificultavam o trabalho, também, porque tinham que transportar o material de trabalho e guardar a bicicleta dentro do domicílio visitado para que pudesse fazer o trabalho com tranquilidade.

Disponibilizar carro de transporte uma vez na semana, nova iniciativa da Diretoria Regional de Atenção Básica em Ceilândia (DRAPS), pode até auxiliar esporadicamente, porém, além de não ser suficiente, as condições de algumas chácaras tornam inviável adentrar com o veículo. Trata-se de um local de invasões e, portanto, irregular, que não recebeu infraestrutura. Isso mostra que deve-se criar alternativas, mas não soluções únicas e as mesmas para todos, homogeneizando as condições de trabalho. Assim, devem estar disponíveis variados meios de transporte para os ACS, adequados às especificidades atuais do bairro Sol Nascente. Assim, de acordo com os ACS:

“A bicicleta, eles até deram. Mas eu tinha medo. Roubaram a bicicleta do meu amigo, do Marcelo dentro do posto. Aí, lá em baixo é mais complicado, você vem de bicicleta, é uma coisa que chama atenção aqui. Você aqui não pode vir com coisa que chama atenção. Celular caro, bicicleta, tênis. Bolsa chique. Na minha bolsa eu só carrego água e documento.” (ACS 02)

“Bicicleta não dá. Primeiro você vai fazer visita aqui as condições não ajudam. Você vai ter que parar a bicicleta em algum lugar, pegar material, pegar bicicleta, ao invés de ajudar dificulta [...] Então você tem que deixar o carro em uma pista principal se você vier de carro ou deixar em algum outro lugar correndo o risco de roubarem e mesmo assim descer a pé.” (ACS 03)

Quanto à segurança, as queixas são variadas, vão desde assaltos, cachorros soltos no ambiente de trabalho e outros tipos de animais, até convívio com bocas de fumo. Esses acontecimentos provocam nos ACS sentimentos de angústia e medo, porém esses são recobertos pela necessidade do trabalho. Assim, eles devem escolher entre desistir do cargo ou encará-lo. Existe ainda, uma relação entre segurança e gênero, apontada por eles. Os agentes acreditam que os homens estão mais protegidos, visto que na área existem casas predominantemente habitadas por sexo masculino. Isso leva a necessidade das mulheres se resguardarem mais e conhecer a família, antes de simplesmente adentrar o domicílio. No entanto, os próprios ACS apontam que essa violência é relativa. Assim, eles misturam estigmas de violência que pairam sobre o Sol Nascente com a realidade que é outra, conforme eles mesmos apresentam:

“Pra casos de mordida de cachorro, assalto, violências não tem segurança. Não tem nada, você conta com a sorte, antes a gente descia em grupo, agora a gente desce sozinho. A saída é só pedir a Deus pra proteger. Até que a população respeita, porque sabe que você está ali pra um benefício deles, mas até que eles saibam, demora um tempo. Nossa segurança é que, os próprios que fazem coisa errada, você vai na casa da mãe dele, na casa da mulher dele então as vezes ele respeita.” (ACS 03)

“Não tem nenhuma segurança assim pra gente, se acontecer alguma coisa aqui na rua, sei lá, ser assaltado, ser estuprado a gente não tem nada, nenhum respaldo.” (ACS 02)

“No início eu me preocupava, tinha receio, mas agora é mais tranqüilo. A gente se acostuma. Pra homem é mais tranqüilo, acho que se fosse minha mulher ia pedir pra ela não ficar no emprego. Mulher sozinha, acho perigoso”. (ACS 01)

“Tem uma casa aqui, um galpão na verdade, também fica cheio de homem. A gente passando lá parece aquelas galinhas assim quando passam que o cachorro fica olhando. Aí eu já pensei, eu não passo mais, porque é minha segurança, ninguém preza eu prezo [...] Tem ACS que pode até entrar em casa que ele vê que é perigosa, pode até fazer, eu não faço.” (ACS 04)

Atuar em uma comunidade como Sol Nascente, leva a sentimentos dúbios e contraditórios, pois eles têm os medos que advém do estigma, ao mesmo tempo, que eles sabem que são reconhecidos e respeitados pela comunidade, ou seja, que é uma comunidade que acolhe as pessoas.

4.3 AS DEMANDAS DA COMUNIDADE E O MARCADOR DE CONSULTA

Na tentativa de diminuir o fluxo e filas do Centro de Saúde, grave problema da gestão da Saúde Pública, hoje, o ACS foi incumbido de marcar consultas para a comunidade, evitando que a pessoa precise encarar filas da madrugada para que estas sejam marcadas. Outro propósito foi conseguir cadastrar as famílias por meio dessa moeda de troca, ter a consulta marcada. Por meio da marcação de consultas, tentou-se “abrir” as portas da comunidade para o ACS e afirmar ao usuário que o trabalho consistia em um trabalho sério, com possibilidades efetivas. Todavia, a possibilidade de agendá-las faz com que muitos moradores associem os ACS como meros “marcadores”. Segundo eles, caso a consulta não seja marcada durante a visita, por qualquer que seja o motivo, a reação de alguns usuários remete-se em desrespeito e grande agressividade, na fala de uma ACS: *“Cheguei um dia na casa de uma mulher pra convidar pra uma palestra, ela pediu uma consulta. Eu disse que aquele dia não era possível, ela gritou, bateu a porta e disse que reunião ela não ia” (ACS 02).*

Além de marcadores de consulta, segundo os agentes, eles são vistos pela comunidade como vários tipos de profissionais ao mesmo tempo. Às vezes são chamados para “atuarem como” médicos, por exemplo, quando são acionados no meio da noite, via telefone, e são consultados. Os moradores solicitam incessantemente o número do aparelho móvel ou fixo do

agente, alguns agentes acabam fornecendo seu contato. Estes alegam que os moradores não sabem separar, horário de trabalho com horário de descanso. Ligam incessantemente no meio da noite, justificando o contato, pois necessitam de uma orientação sobre dores, medicamentos, o que não devem tomar ou então o que devem fazer. Outros motivos para telefonarem são não terem conseguido marcar consulta no Centro de Saúde, reclamarem dos médicos que desmarcaram a consulta. Saber exatamente onde o ACS mora também causa ao profissional, muitos incômodos em horários indevidos. Relatos de ACS que mudou de casa devido aos constantes incômodos fora do período de trabalho. Isso faz com que os agentes não acreditem na potencialidade de morar no local de abrangência, isso é, onde trabalham. Muitos moradores se não possuem o telefone do ACS para contato, não hesitam em ir até a casa dele. Além de médicos, fazem o papel também de psicólogos quando precisam analisar a situação e auxiliar para que o morador compreenda e se responsabilize por ela, buscando resolvê-la da melhor maneira possível. Eles conversam com as pessoas sobre medicamentos, renda e emprego, orientam sobre ingestão de alimentos. Assim, da análise do domicílio à marcação de consultas, o ACS atua de acordo com as demandas da comunidade. Transita e se infiltra na comunidade assim como as pessoas da comunidade transitam e infiltram em seus saberes e sua vida, usando de acordo com suas demandas. Segundo os ACS:

“A maioria gosta de receber indicação boba que seja, de ah come isso, faz isso, toma mais água, ferve a água, come um mamão, aí ela vai e fala: ah to sentindo isso. A população por ser bem carente, nesse ponto te considera médico. Você, como não pode nem sabe prescrever passa o que sabe que é bom, uma alimentação ou faz um curativo. A população gosta dessas informações.” (ACS 03)

“Os usuários pedem pra permanecer (no domicílio) até que eles peguem o medicamento pra gente ler a bula pra eles. Às vezes eles sabem ler, não são analfabetos não. Mas aí não enxergam, ou perderam os óculos. Aí a gente lê e é preciso fazer uma leitura explicada. Se não, não adianta.” (ACS 02)

“Tem chácara que eu só faço uma casa pela manhã porque eu entro e converso, converso até umas horas [...] Os usuários gostam demais de conversar. Nossa se você se deixar, eles deixam de fazer o almoço e ficam conversando. Contam problemas, momento de sorte que tiveram, dores, médico que não é bom [...] Um ACS mudou porque as pessoas perturbam mesmo. O paciente vai lá de noite, na hora que você está namorando com seu marido, e bate pedindo consulta. Me telefonam no feriado, no domingo. To pensando em mudar de número, mas sei que eles vão me perguntar se eu mudei de telefone, porque eu não tenho atendido [...] Por isso acho besteira ACS morar na área de abrangência, atrapalha” (ACS 04)

Por sua vez, uma profissional da DIRAPS, afirma em sua fala sobre o contato do ACS com a comunidade da seguinte maneira:

“Os ACS ao passarem telefones correm riscos de serem incomodados, mas cabe à eles, diante da comunidade, estipular limites, horários, e realmente fazer uma triagem de necessidades. Cada profissional deve ter um método de trabalho, agora se a comunidade bate na casa dele a noite, aí é um fato que eles precisam se impor. Porque aí já é excesso”. (Profissional da DRAPS)

Assim, ela revela um desconhecimento de campo de atuação do ACS e problemas que enfrentam.

4.4 EQUIPES DE SAÚDE: INCLUÍDOS OU EXCLUÍDOS

Os ACS se mostram ora demasiadamente excluídos ora acolhidos pela equipe de trabalho. É importante ver que fazem parte de duas equipes como um todo. A primeira consiste na equipe do próprio PSF, no qual existem os profissionais já supracitados. E, a segunda, pelos demais profissionais do Centro de Saúde. Na primeira equipe, de acordo com a coordenadora dessa, existe a preocupação de sempre deixar um ambiente favorável a reclamações, incertezas e dúvidas sobre a profissão. Essa não vê os ACS como profissionais isolados que têm contato com a população e recebem suas demandas, conforme eles mesmos se pensam. Mas, a coordenadora acredita que o grupo deve ser uma equipe e se refere sempre a essa forma de gestão, na qual os participantes/profissionais ganham espaço como sujeito único. No entanto, o que acontece é a reprodução de uma estrutura de poder rígida e hierarquizada no qual, no topo dessa hierarquia, está o médico. Com essa coordenadora, o ACS como profissional que tem acesso à coordenação, expõe suas dificuldades, e a coordenadora escuta e faz observações sobre os limites e dificuldades. Em suma, trata-se de um falso posicionamento dos sujeitos, pois nem todos os problemas são resolvidos, porque há limites e dificuldades inerentes ao sistema.

Os ACS acreditam que devem manter um ambiente de respeito, mas, se sentem fortemente excluídos e até menosprezados por outras categorias funcionais existentes no Centro de Saúde. De acordo com os agentes, muitos são os aspectos que levam a esse menosprezo. O primeiro motivo é o que mais é ressaltado nos discursos é o fato de serem celetistas, o que leva muitos a vê-los como provisórios. Outro motivo que os faz se verem como sendo tratados com desprezo consiste no tempo de estudo. Por terem apenas o nível médio e terem contato com mestres e doutores, sentem que a escolaridade é um fator valorizado pela equipe e, que, então, os desvaloriza. Criam um sentimento e uma identidade de profissionais “menores”, conforme eles analisam:

“A gente sofre discriminação por sermos celetistas. Na sala de reunião tinha assim não sei se você percebeu um informativo, que estava escrito, ‘Queridos servidores e ACS[...] Então nós somos separados? Por que não fomos incluídos em um grupo só de trabalhadores? Por a gente ser ACS, eles têm preconceito e fazem ‘diferença’, principalmente, porque a gente não tem estabilidade e somos celetistas. É até

abismado de falar isso de profissionais que estudam tanto. Existe. Nosso cargo só jogam, faz. Não interessa.” (ACS 04)

As questões salariais acabam por ser outro fator de exclusão na representação deles. Ao ingressarem na profissão como concursados, sabiam do salário, porém, com o passar do tempo, percebem que outros profissionais contam com benefícios, que para eles, não existem. Entre as reivindicações dos ACS estão o reajuste salarial e os incentivos salariais. De acordo com os agentes, os outros membros da equipe do PSF recebem uma Gratificação de Atividade Técnico- Administrativa (GATA). Esta consiste em um acréscimo, um incentivo salarial para os servidores. No entanto, eles, ACS, não estão incluídos e acreditam que poderiam ter alguma espécie de incentivo/motivação.

“O nosso salário é em torno de 1.500,00 (mil e quinhentos) [...] Esse ano mesmo não vai ter aumento a gente já sabe que não vai ter. Um pouco que a empresa já faz pelo funcionário já motiva, mas a gente não tem de jeito nenhum. Todo mundo que participa do PSF ganha 800 reais de GATA só por participar, a gente que é do PSF a gente não ganha. Então é desvalorização, porque eles ganham e a gente não ganha [...] A gente ganha em torno de mil quinhentos e pouco, pelo que a gente faz e passa, é muito pouco” (ACS 04)

“Pelo que a gente faz nosso salário deveria ser melhor. A gente está exposto ao calor, frio, sol demais.” (ACS 02)

4.5 “NÃO É PROFISSÃO QUE SE APOSENTE”

Conforme dito anteriormente, por um lado, há uma ênfase na importância do trabalho dos agentes no sistema que os considerada a ponte, o elo, a grande porta de entrada do SUS. Assim, essa estratégia de reorganização da política de saúde com foco sobre a Atenção Básica com o ACS sendo um elemento importante para sua efetivação, para os idealizadores da política, não repercute na vida diária no ofício. Essa importância do ACS na estruturação do sistema não é a realidade em campo e entre as equipes. Desse modo, os ACS afirmam que esse trabalho é passageiro, diante da situação de serem às vezes meros repassadores de informações. Eles explicam que apesar do trabalho ser bom, o cargo, a profissão não é. Há uma alta rotatividade dos agentes, desse modo, em um ano, o Centro de Saúde em questão perdeu 6 profissionais do seu quadro de recursos humanos. Os ACS gostam do que fazem, mas fazem até que algo melhor e mais interessante economicamente apareça, assim, afirmam que estão neste cargo apenas de passagem.

De acordo com uma gestora substituta de um Centro de Saúde: *“Os ACS são considerados o elo, a ponte, mas, na verdade, muitos utilizam o cargo como suas próprias*

pontes. Exercem a profissão de ACS apenas como degrau para outros empregos”. Essa gestora simplifica a atuação do ACS e sua condição de trabalho e o problema da rotatividade do profissional. Diante de um contexto de alta rotatividade, deve ser pensado como evitá-la. Essa identidade criada pelos ACS do Sol Nascente deve ser contextualizada no ofício que se efetiva com uma alta carga imposta a ele como “salvador” do SUS, profissional cuja existência é vista como indispensável por estabelecer um vínculo com a comunidade e que deva morar na área de abrangência. No entanto, seu papel é meramente figurativo. Outro grande problema levantado consiste na pouca quantidade de concursos planejados para repor o quadro de profissionais que pedem exoneração. As áreas ficam descobertas e a redução de recursos humanos geram ineficiência da estratégia do ACS e como uma “bola de neve” levam a não credibilidade da profissão. De acordo com os ACS:

“Coisas sem noção que faz com que a gente queira todos os dias estudar pra outro concurso pra não ficar mais aqui [...] Eu quero trabalhar em outro cargo. E eu vou trabalhar! Assim que sair eu vou ‘prestar’ um concurso pra área administrativa”. (ACS 04)

“Assim que passei, fui comemorar com os amigos, família. Jogaram um balde de água fria em mim quando começaram a me alertar sobre as condições de trabalho [...]Ai, quando a gente entrou eu não queria assumir, mas assim foi bom, foi muito bom. Não é o que eu quero, mas é o que está custeando minha faculdade, então enquanto eu estiver aqui, eu tento dar o melhor de mim [...]Mas não é um trabalho que eu espero ficar, não mesmo. Eu faço direito, minha área é do direito, eu não pretendo ficar aqui. E assim, tem umas desvantagens no serviço. Tem todas na verdade. Você tem a precariedade da Secretaria, você tem a falta de reconhecimento da Secretaria, da população, muitas vezes. Você está vendo aqui as condições de trabalho né, então é assim, ninguém quer continuar muito tempo, é legal por alguns motivos, mas por outros maiores ninguém quer” (ACS 03)

“Eu estudo pra concurso. Apesar de ‘dar pra levar’, eu não quero trabalhar assim pra sempre.” (ACS 01)

Um ACS tratou do seu sentimento de frustração ao comparar a atuação do ACS em Brasília com a da sua cidade natal, em Parnaíba, Piauí. De acordo com ele, neste município o PSF, havia um desenvolvimento excepcional da atuação do ACS com muitos indicadores positivos. Ao mudar-se para Brasília, imaginou que seria ainda melhor, já que os recursos eram federais, e tratava-se da capital do Brasil. Assim, fez comparações então com sua cidade natal, cuja alocação de recursos era municipal. Ao assumir o cargo, deparou-se com uma área irregular, profissionais que não conheciam o trabalho do ACS, e pouca ou nenhuma estrutura para que o programa fosse colocado em prática. Sua frustração imediata deu lugar a um sentimento de tentar colocar suas experiências observadas no litoral da Parnaíba no cenário da Ceilândia - Sol Nascente.

“Eu comecei a olhar esses profissionais da saúde com outros olhos. Na verdade como eu sou do Piauí, Parnaíba litoral, lá o PSF é muito mais preparado. É muito

mais organizado. Aqui ainda precisa melhorar demais, porque eu vejo que lá dá certo. A área é irregular, parece que os recursos aqui chegam menos do que lá. Então assim minha expectativa era que fosse basicamente o mesmo jeito de lá. Aqui eu não sei se é porque é cidade grande parece que é um roubando as coisas do outro, um roubando os recursos do outro e aí não vai pra frente. Já estou há três anos aqui, já vai pro quarto ano, até hoje prometeram a casa de trabalho aqui na área mesmo e nunca fizeram. Então, é assim, só promessas, promessas e sempre colocando atribuições e atribuições, e assim a gente não vê expectativas.” (ACS 04)

“Quando eles (SES) falam a lei, o trabalho, você acha um trabalho muito bonito, você pensa: Ah não, é um trabalho muito bonito e gratificante, mas quando você entra, fica frustrada e acaba desanimando com isso. E aí você desmotiva e não quer mais ficar. É por isso que a transitividade é tão grande. As pessoas abandonam muito (o cargo), porque você desanima, não é nada do que eles falaram.” (ACS 03)

Os agentes aguardam a construção de um local, denominado de laboratório ou Unidades Básica de Saúde que foi prometido a eles pela Secretaria de Saúde (SES) na comunidade Sol Nascente. Muitos prazos já foram estipulados e não foram cumpridos. Existe uma enorme expectativa de que quando essa UBS estiver localizada em meio à comunidade, terão boa estrutura para trabalharem com mais propriedade. Ter uma boa estrutura, para os ACS, significa ter um local onde possam realizar palestras e oficinas preconizadas pelas diretrizes do ofício do ACS. Gostariam de realizar palestras sobre assuntos relevantes, específicos do local, e que reúnam uma parte relativamente grande da comunidade, que atualmente não vem ocorrendo com frequência devido a não existência de um local para acolher as famílias. Cabe lembrar que a Estratégia Saúde da Família tem como propósito, exatamente, a saída dos profissionais da estrutura física do Centro de Saúde para estar entre a população e atuar o mais próximo das famílias. Isso requer uma base de trabalho próximo à comunidade e os ACS do Sol Nascente acreditam nessa inserção e gostariam de efetivá-la da melhor maneira possível. Atualmente, existem grandes problemas sobre o fato de estarem longe do Centro de Saúde (CS). Por exemplo, a comunidade não aparece nas consultas, justificando a ausência sempre com a longa distância entre comunidade e CS. Além disso, ter um local no qual possa servir de apoio aos próprios ACS, poderia reduzir alguns problemas relacionados a necessidades físicas. De acordo com os ACS:

“Quando a gente entrou tinha muita gente que pegou infecção urinária. Como a gente não tinha uma base pra ir e até hoje não tem, a gente evitava beber água pra não querer fazer xixi, então teve muita gente quando a gente entrou que ficou doente.” (ACS 04)

“Outros problemas são que às vezes você faz uma coisa e não consegue botar pra funcionar, o programa não funciona como deveria funcionar. Você tem todo um cronograma só que não acontece. Desde 2009, era pra ter um local aqui na área para nós trabalharmos, a intenção do PSF é desafogar os centros de saúde; os hospitais. É ficar perto da população. Isso não acontece porque a gente está dentro do Centro de Saúde, a gente está vinculado, então a gente não consegue desafogar o próprio centro, a gente faz um programa e não consegue concretizar porque a

Secretaria não te dá subsidio nenhum pra você concretizar esse programa. Então é assim, são precárias as condições. É muito bonito no papel, mas na prática não acontece assim.[...]Fazer palestras e reuniões no Centro de Saúde acaba perdendo a função do PSF, que seria vir pra área, ficar próximo das pessoas aqui da área. Aqui também é mais complicado porque você está vendo, aqui a gente tem uma senhorinha, ela não tem carro na casa dela, tem dificuldade de se locomover e o ônibus não passa aqui na rua, só na pista principal então ela tem que andar até lá, pra gente é até viável ir andando, agora pra quem tem um problema de locomoção não é [...]O que te frustra é não conseguir o que você precisa pra trabalhar. O que a comunidade precisa também. Você depende muito do poder público. E isso nós não temos. Depende de outras entidades, por exemplo, se a gente vai fazer alguma ação sobre lixo, não vai depender só da gente, tem que chamar SLU, administração, você está vendo que o lixo fica ali, aí chove, esse lixo desce todo aqui na rua, adianta a gente fazer um trabalho sozinha? Não adianta [...]Se quiser fazer alguma coisa, você tem que se revirar pra fazer. Uma coisa simples que é uma reunião na área, pra gente conseguir um local pra fazer é uma dificuldade, pra gente conseguir coisa básica, cadeiras. Porque não tem nada a gente não consegue nada. Pra fazer coisa simples, a coisa mais simples que seja, a gente não tem um espaço, a gente não tem nada pra fazer. Então é tudo muito precário, você desanima, desmotivada.” (ACS 03)

“Somos um trabalho de formiguinha, teria que ser uma ação conjunta. Isso não acontece. Eles só passam na via principal, muita gente joga o lixo bem ali ó, e ali era uma nascente aí eles queimam. Está errado. É bem complicado porque a gente pede pra eles não fazerem(jogar o lixo), orientamos pra colocar no início da rua, eles colocam, mas não é recolhido. A gente perde até a moral”. (ACS 04)

“Deveria ter aqui na nossa área um PSF, um Centro de Saúde aqui na nossa área, como haviam sido prometido antes. Perto facilitaria nossas reuniões. Isso é uma dificuldade porque a gente não teria que ficar pedindo casa pra morador. Perguntando se a pessoa pode fornecer a sua casa pra receber todo mundo pra gente tentar fazer reunião. Nem todo mundo aceita. Aí fica até chato pra gente. E também não ter um abrigo fixo dificulta, por exemplo, se tiver chovendo tem casa que o quintal é aberto aí começa a chover, molha tudo. A gente já teve que cancelar reunião. A gente já fez reunião até no bar, pra você ver. Era sobre drogas e o lixo da comunidade.” (ACS 02)

“Não temos abrigo. Se começar a chover, imagina a gente ir lá pro Centro de Saúde, é longe. Até chegar lá, o que tinha que acontecer já aconteceu.” (ACS 01)

Não só para os agentes, mas também para os enfermeiros gestores do programa o fato de não haver uma UBS na área, faz com que o monitoramento e a fiscalização das ações dos agentes sejam reduzidos. Sendo assim, existem três formas de monitoramento que vem sendo utilizadas. A assinatura do ponto que permite que o gestor tenha ciência da hora de saída do agente para a comunidade. O que também exige mais do ACS, pois o mesmo necessita sair de sua casa, ir ao CS, assinar o ponto e depois ir para a comunidade. Outra forma são os planos de voo. Este não é um método oficial da SES, mas sim uma estratégia dos enfermeiros para saber em que dia o ACS visita cada domicílio. E ainda as fichas diárias que informam quais casas foram visitadas e o que foi encontrado ou realizado nesta. De acordo com os ACS:

“Todo dia a gente tem que passar no Centro e tem muita área que é muito distante.” (ACS 01)

“Vamos ver se vai melhorar depois. Todo mês eles prometem datas diferentes pra entregar o laboratório próximo à área”. (ACS 04)

A gestora em entrevista de um Centro de Saúde afirmou ser um dos maiores problemas a falta de estrutura e a falta de governabilidade pra solucionar problemas. Acredita que uma estrutura física na área é indispensável e tornaria o trabalho mais integral e fácil de ser acompanhado:

“O que estraga agora é que as equipes do PSF não estão inseridas dentro da comunidade. Então a grande falha da estratégia é que as equipes deveriam ficar dentro da comunidade. Tanto para o acesso do usuário a suas equipes receptivas quanto também as equipes estarem junto com a população. Esse é o nosso maior problema hoje. A relação de irregularidade do Sol Nascente, é uma área irregular. É igual aqui, ao redor nós temos as ruas, olha só que link, é fácil. Agora imagina você tem um Centro de Saúde, uma referência, mas você está a tantos quilômetros dele. Tem como você ficar indo a pé, não tem. Essa é a maior dificuldade [...] Admitimos que as condições de trabalho dos ACS são precárias em alguns aspectos. Eles têm que arcar com o custo da distância, ele tem que estar vindo pra assinar a folha de ponto, para fazer cartão, levar cartão. Então a própria distância diminui a produção de visitas. Esse ir e vir é o que faz perder tempo [...] Não ter um centro na área dificulta a própria visualização real do que está acontecendo, aí você tem que acreditar em relatórios, dados que eles trazem. O monitoramento fica um pouco complicado.”

4.6 “SOBRE MINHA ÓTICA, A IMPORTÂNCIA DO MEU TRABALHO”

Em meio a tantos desafios, ainda acredita-se que o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos ACS é de suma importância para a re-estruturação da Atenção Básica em Saúde. Segundo os próprios ACS, caso ocorresse o seu fim significaria um retrocesso na política. Os ACS acreditam na potencialidade de “si próprios”, porém sabem das limitações. Eles acreditam que de fato há pessoas, hoje, no DF que precisam de auxílio, que vivem à margem, que não recebem informações e que se recebem não sabem o que fazer com esta. Ainda, é possível perceber indivíduos que não tem conhecimento do SUS e de suas potencialidades. De acordo com um ACS:

“A gente faz a comunicação entre a sociedade e o Centro de Saúde. Tem muitas pessoas aqui que nem sabem que tem posto de saúde aqui perto da área e que eles tem direito a isso. Eles até perguntam às vezes: É de graça ou tem que pagar? Até isso eles perguntam, porque eles não sabem [...] Visitei uma gestante de quatro a cinco meses, estava no período de cadastramento, perguntei pra ela onde ela estava fazendo o pré-natal. Ela me respondeu que ainda não havia iniciado, porque estava juntando dinheiro. Fiquei chocada com a falta de informação sobre o SUS que é de graça, um direito!” (ACS 02)

Nesse trânsito de informações, os ACS avaliam seu papel como importante, ao informar sobre direitos. Em nenhum outro profissional, é possível perceber este perfil de

busca ativa marcado por estar fora de um ambiente fechado e isolado de trabalho e que visa reconhecer os contextos sociais nos quais vivem os sujeitos, a história que existe por trás de toda enfermidade e agravos. Estar nos contextos sociais no qual os sujeitos buscam saúde e encontram os seus problemas faz a diferença. Transparece na política que conhecer esses contextos é fundamental para sua aplicação. Não se pode solucionar problemas, sem que antes se oriente sobre as origens do mesmo. Além disso, os ACS acreditam que o trabalho, embora “tímido”, pouco desenvolvido, dentro de todas suas discrepâncias e limitações, tem auxiliado a comunidade na identificação de doenças em fases precoces. Sendo assim, a prevenção e o diagnóstico da doença em estágios iniciais, são mais facilmente tratáveis, o que mostra a relevância de ações desenvolvidas pelos ACS junto a equipe do PSF. No entanto, conforme veremos abaixo e em outra seção, os ACS não conhecem realmente as pessoas do Sol Nascente, mas constroem estereótipos perigosos. Desse modo, formam suas identidades de ACS ancoradas nesse repasse de tecnologias e direitos para a população, mas que é baseado em uma relação de poder e de transferência de conhecimento que desconsidera a outra pessoa. De acordo com os ACS:

“Porque a gente lida com prevenção primária. Como já teve um caso na área de uma amiga minha. Não tem a carreta da mulher, que ficou posicionada ali no laboratório aqui na Ceilândia. Então, a gente estava trazendo a comunidade aqui, falando, marcando consultas, a gente mesmo pegou com a médica da nossa área os pedidos de prevenção pra essa população estar fazendo esses exames. E aí uma paciente da minha amiga, em um desses exames, que ela descobriu que tinha o câncer do colo do útero. Então assim, teve tempo pra ela tratar, porque foi visto logo. E isso também é atenção primária, você detecta, cuida antes que a situação esteja pior. Diminui muito os fluxos dos hospitais, porque a pessoa consegue ser tratada antes de piorar tudo [...] O rapaz aqui que levou um tiro na área do ACS amigo meu. Ele levou um tiro e ficou paraplégico. Aí é o ACS que vem aí, pra levar pra ele o material pra ele fazer o curativo em casa. Traz todo material, a gente separa lá e agora ele tá fazendo em casa. Todo mês. Isso já diminuiu o fluxo (dos hospitais e centros).” (ACS 01)

“Acredita que a meninas dessa casa não tinha registrado a filha? Tem 17 anos. Passou mais de um mês sem registro e tudo. Ela não fazia as consultas de pré-natal. Eu tenho quase certeza que ela usa drogas. O marido dela, marido não, o rapaz que ela morava junto, mataram. Aí ela veio morar aqui com a mãe dela [...] Pra você ver como nosso trabalho é importante. Resgatamos ela, a gente achou ela aqui nesse fim de mundo, e a chamamos pra fazer o pré-natal [...] A gente vinha aí, até a enfermeira da nossa equipe, veio aqui. Aí a gente marcava a consulta, ela não ia. Viemos várias vezes, conversamos com os pais, explicamos tudo. Falamos que eles tinham que acompanhar a filha deles. Ela acabou fazendo o pré-natal, mas não fez assim perfeitamente. Já começou tarde e ainda não ajudou. Mas evitou grandes riscos, porque ela tomou as vacinas e tudo. Se não fosse a gente ficar insistindo ela nem teria feito[...] Aquela população ali é difícil você encontrar alguém que tenha plano de saúde. São raros.” (ACS 02)

“O trabalho é muito importante, porque a população aqui é muito carente, então eles precisam bastante. Acredito sim na importância do trabalho só que se ele fosse efetivado como ele deveria ser. Se tivesse realmente um local aqui na área, seria mais eficaz. O trabalho em si é muito importante, mas ele não funciona como

deveria funcionar [...] As famílias são muito diferentes. Você tem que ter dedos finos para lidar com as populações. Eu visitei uma casa que a menina tinha 13 anos já tinha relação sexual e a mãe ficou falando que queria dar um remédio pra ela, pra ela não engravidar. É um bicho então é?! Ai você vai falar pra pessoa: 'Não, não é assim, ela tem treze anos, se ela tem relação, isso é considerado estupro de vulnerável, deve ser oficiado pro conselho tutelar'. Nessa casa tinha um alcoólatra que era o avô da menina, então assim era um caso muito difícil. A gente foi conversando, fomos com a Assistente Social na casa, pra conseguir levar essa menina pro PRAIA (Programa de Adolescentes) que tem no centro. A gente conseguiu levar, mas depois ela foi morar na casa da avó. Mas o que achei importante é, ela teve a informação que até então não tinha. (ACS 03)

Nesse processo de trânsito de informações, observa-se na fala dos ACS que esses criam uma identidade de “salvadores” das vidas de pessoas marginalizadas. E, também, como são transmissores de conhecimentos biomédicos e de informações sobre o Estado, conforme afirma Robles (2012), o poder disciplinador do Estado passa a atuar na capilaridade da atuação do ACS.

4.7 OS ACS E OUTRAS PRÁTICAS DE CUIDADO DENTRO DA COMUNIDADE

Na sociedade brasileira, em geral, é possível encontrar pessoas que transitam por sistemas médicos diversos em busca de cura e bem-estar. Durante o processo de saúde e adoecimento, indivíduos acometidos buscam desde a medicina hospitalocêntrica a vários outros métodos como, por exemplo, os relacionados às religiões ou demais práticas localizadas. No desenho dos itinerários terapêuticos de diversos grupos sociais, é possível ver as pessoas buscarem informações e tratamentos entre familiares, vizinhos, médicos e etc. Nesse sentido, a vivência do processo de adoecimento acontece em meio a negociações, agenciamentos e compartilhamentos de informações com vizinhos, colegas do ambiente do trabalho, membros do grupo familiar. Desse modo, as pessoas buscam por métodos terapêuticos que souberam que de alguma maneira reestruturaram a saúde de alguém. Transitam, assim, da automedicação à religião e aos procedimentos terapêuticos encontrados no SUS, sem contradição, mas em coerência com o processo e a experiência do seu adoecimento (Langdon, 1994; Gerhardt, 2006).

Diante disso, foi possível, no decorrer das visitas, encontrar algumas práticas de cuidado do universo popular utilizadas pelos usuários que acabam por influenciar na saúde. A pergunta que se faz é como os Agentes Comunitários de Saúde – que se encontram em contato direto com os usuários e, também, entre sistemas diversos de tratamento e cura (biomédico e populares) – lidam nesses contextos entre essas práticas e a do SUS?

Os agentes se encontram, muitas vezes, entre os saberes e práticas dos indivíduos e suas religiões e o serviço médico oficial. Assim, no Sol Nascente, foram encontradas práticas como benzeção, rituais de cura espíritas e ingestão de chás. Para os ACS do Sol Nascente, geralmente, eles se referem a essas outras práticas e as avaliam negativamente, quando percebem que algo está impedindo que o morador da comunidade vá às consultas mesmo apresentando sinais de enfermidade ou mal estar. Esse trânsito por outras terapêuticas também é visto pelo ACS quando o próprio morador relata que faz outro tipo de tratamento, seja ligado à religião ou crenças culturais. De acordo com os ACS:

“Fomos fazer a carteirinha do idoso, tanto pro senhor, como pra senhora que era esposa dele. Ofereci o serviço de abrir o prontuário dele, ele se recusou, disse que recebia ‘curas’ do centro espírita aonde ia. Mais de um mês depois, quando voltei a casa, constatei a morte dele. Sua esposa que também não fazia acompanhamento passou a solicitar consultas e atendimento, porque entendeu que só ficar no centro não adiantava muito”. (ACS 01)

Então, por mais que esse universo popular de cura é vivenciado pelos próprios ACS, na sua profissão, a fidelidade à prática biomédica que lhe é exigida, acaba por tê-lo como negador dessas práticas diversas. Wawzyniak (2009) encontrou no alto Tapajós essa exigência da equipe de saúde para que os ACS abandonassem tudo o que aprenderam com seus avôs. Alguns ACS também se encontram diante de práticas religiosas vistas por eles com preconceito. Na fala citada acima, o ACS associa a morte da pessoa à prática popular de cura. Em outros casos, tendem a visitar a casa cujo morador é adepto dessas práticas poucas vezes ou deixam de fazer a visita e justificam em suas produções que o domicílio não tem sido visitado devido à negação do próprio habitante em recebê-lo. Essa justificativa é construída em cima de fatores que levam à “desistência do ACS” em visitar, entre elas está o desconforto e até o medo de ficar indo até esses domicílios, conforme dito por um ACS:

“Existe na minha área um centro de macumba. Lá tem galinhas mortas e tudo. Eu já vi. Eu não gosto nem de passar lá, mas tenho que passar uma hora ou outra [...] É uma senhora, ela ainda não faz consulta no centro não, só diz que ela mesma cura o que tiver que curar e receita chás e garrafadas pras pessoas que freqüentam.” (ACS 05)

Percebe-se, portanto, o despreparo dos ACS que, nesse caso, são instruídos unicamente pela prática biomédica, que historicamente se estruturou em uma relação de poder desigual que desconsidera os saberes populares. No contexto em que atuam, saber lidar com modos diversos de viver, morrer, adoecer e se curar deveriam ser temas debatidos. Assim, a ideia do ACS como mediador social não se efetiva no Sol Nascente, o trânsito de informações é realizado só por uma via. Assim, conhecer de onde vieram, como pensam e vivem as pessoas do Sol Nascente são problemas descartados pelos ACS. A gravidade deste fato está

em ser o ACS uma figura que adentra a vida das pessoas, que passa a conhecer essas outras formas de cuidado, mas que as negam.

Pensar na diversidade cultural dentro de uma profissão que lida com pessoas distintas é um ponto fundamental. No caso dos serviços de saúde, alguns autores salientam a importância de, por exemplo, benzedeiras, parteiras ou outros, serem pessoas importantes para atuarem dentro do SUS. Esses terapeutas populares podem ser inseridos no SUS tanto com seus processos terapêuticos quanto líderes políticos que auxiliem na troca de experiências e tecnologias entre o sistema público e o popular, principalmente na Atenção Primária (Galindo 2005; Cardoso, 2011). Todavia, existem controvérsias com relação a tal proposta, no caso dos ACS do Sol Nascente, alguns acreditam que a discussão não é relevante e por isso não procede.

“Não acredito, não. Acho que essas coisas são tudo picaretagem! Não ligo muito. Meu tio uma pessoa que não tinha dom nenhum, junto com minha avó, mexiam com cartas e faziam garrafadas, e até hoje pessoas vão atrás dele lá no Piauí para cuidar da saúde, e pra mim ele é um picareta, a grande maioria só quer ganhar dinheiro em cima do povo.” (ACS 01)

“No início eu não aceitava, tentava mudar a ideia da pessoa, falava que estava errado, mas fui vendo que não adiantava, aí parei. É muita ignorância achar que isso vai ajudar”. (ACS 01)

Esta negação acontece porque o SUS está cheio de marcas e reflexos da prática biomédica, que não aceita e desconfia da eficácia do tratamento de práticas populares, sejam elas executadas de forma alternativas ou simultâneas. Assim, a relação de poder que foi historicamente construída no Brasil e que criou uma hierarquia de saberes e práticas terapêuticas (Pimenta, 2003), estando o médico no ápice, é re-atualizada pelos ACS do Sol Nascente. A problemática encontrada diante da vivência dessas práticas na comunidade é que os profissionais seguem rigidamente o pensamento de que a prática não deve ser discutida dentro da lógica do sistema. Em suma, as práticas utilizadas por esses terapeutas populares são avaliadas como frágeis e sem nenhuma comprovação científica (Loyola, 1978). Por isso, Loyola (1978) afirma que o estudo de saberes e fazeres populares deve levar em conta as relações que os portadores desses saberes mantêm com agentes da medicina oficial para compreender as relações de classe ou de dominação/subordinação (Loyola, 1978; p. 126). Nesse sentido, em muitas situações, as terapêuticas populares e a biomedicina coexistem no mesmo cenário, mas, geralmente, não trocam informações, não se intercomunicam e, especialmente, por parte da biomedicina, não há uma abertura para com práticas populares. Mesmo não tendo essa aceitação por parte de alguns profissionais reconhecidos da área da saúde, Oliveira (1985) cita que as práticas continuam a ocorrer por alguns motivos: a

medicina popular é “uma prática de cura concreta que, ao realizar-se, mostra aos médicos, biólogos, enfermeiros (os profissionais da medicina erudita) que, no campo da saúde, não há um único modo de se fazer ciência.” (Oliveira, 1985; p. 9)

Nesse sentido, no Brasil, a relação de poder com a biomedicina e o sistema oficial de saúde tem posto os terapeutas populares e outras práticas populares de cuidado demasiado à margem. Marginalizando-as corre-se o risco de perder o sentido ou possibilidade de pensar em um programa de saúde que pretende se infiltrar na comunidade, mas respeitando as práticas locais e tendo o ACS construindo uma mediação dialógica com as pessoas das comunidades.

No entanto, os ACS do Sol Nascente, em suas idas a campo, passam a saber da existência dessas práticas, mas muitas vezes as desconsideram. No Sistema de Informação da Atenção Básica, essas práticas são notificadas pelos agentes comunitários em campos destinados a identificar os passos do itinerário terapêutico de um indivíduo pertencente à comunidade quando estes descobrem estar doentes. As opções disponíveis na ficha A que compõe o material de trabalho dos agentes, são Farmácia, Centro de Saúde, Hospital, Benzedeira e outros. As falas dos ACS são de dois tipos, aprovando ou desaprovando as práticas populares:

“No período do cadastramento, eu achava engraçado as pessoas responderem que procuram benzedeiras pra se tratar. Imaginei que isso acontecesse só em lugar mais atrasado. Na roça”. (ACS 05)

“Acredito que nem só os médicos podem ter recebido esse dom da cura. Algumas pessoas no passado utilizaram combinações de ervas que podem ter dado origem à medicamentos usados hoje em dia. Aí sim.” (ACS 01)

Diante desse contexto de desvalorização, para um dos agentes, acredita-se que se o tratamento popular não causar danos, este pode ser realizado desde que os usuários não deixem de fazer o tratamento oficial: *“Fazer os dois (tratamentos) pode. Fazer só o tratamento popular, de jeito nenhum. Quando é assim, como já aconteceu, eu tento orientar. Isso se me derem espaço também, nada pode ser forçado”. (ACS 01)*

5 CONCLUSÕES

Os saberes e práticas populares terapêuticas possuem alicerces, principalmente, no cuidado ao indivíduo em sua totalidade e singularidade, no entanto, a saúde pública adentra o universo popular higienizando suas práticas e marginalizando-as. O cuidado em saúde diz respeito, entre outros fatores, a uma relação usuário e profissional de saúde preocupado em incluir e ouvir a subjetividade que o indivíduo apresenta. Por outro lado, segundo Carapinheiro (1998) a produção do cuidado em saúde, de uma forma geral, tem sido determinada pela política capitalista globalizada que favorece a intensificação das desigualdades sociais (Carapinheiro, 1998 *apud* Borges, 2008). Os sistemas vêm sendo organizados, ou melhor, vêm sendo mantido em uma lógica tecnicista e padronizada. Essa lógica violenta outras formas de cuidado, o que se reflete na maneira como os ACS abordam as práticas populares de cura. Os cuidados através desses métodos populares envolvem um cuidar singularizado, localizado, que reflete a realidade local, muitas vezes diferente do que vem ocorrendo em alguns dos ambientes prestadores de serviços sanitários marcados por uma alta demanda, tempo insuficiente, forte presença do capitalismo, dependência de alta tecnologia e de exames.

Com relação aos ACS, detalhes como o tom de voz e comportamento são fatores que possibilitaram observar certos anseios, dúvidas, insatisfações e satisfações quanto às práticas laborais, mesmo que estas não sejam ditas em seus discursos. Os ACS acreditam que seu ofício faz a diferença à população e ao SUS como um todo. Em alguns momentos afirmam sua identidade com certo tom de heroísmo e salvacionismo do SUS, mas também sentem a desvalorização da profissão entre outros profissionais. As identidades desses são construídas nesse contexto conflituoso em que são apresentados como elemento importante de uma política inovadora, mas que, na prática, realizam somente um papel figurativo. Assim, na construção histórica da saúde pública no Brasil, é enfatizada a alta potencialidade da Atenção Básica em Saúde. Percebe-se, a importância do Programa Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de atenção a saúde, mas o que se encontra são muitos desacordos e discrepâncias quanto ao que se propõe.

Essa política pretende ir contra a hegemonia biologicista, hospitalocêntrica, mas, na verdade, o que se encontra no Sol Nascente é o ACS, adentrando a vida reproduzindo toda estrutura em que se baseia tal modelo hegemônico.

Os agentes representam uma classe de trabalhadores fundamental à reorganização da Atenção Primária de Saúde e sem dúvida são profissionais que fazem a diferença na maneira de atuar da política. O problema é fazê-los serem efetivos e construir uma base de conhecimento para que atuem e não enfatizá-los pela posição em que estão, isto é, nas comunidades. Ao se enfatizar sua localização física, eles acabam sendo usados para além das ações do serviço de saúde, como meros repassadores de informações, em uma única via. Estar em meio a uma política que se supõem inovadora, mas que, na prática, reproduz um modelo antigo, leva os ACS a vivenciarem conflitos, desvalorização na equipe de trabalho. Portanto, há inúmeros entraves, tanto de concepção quanto de planejamento, na operacionalização do Estratégia Saúde da Família, o re-pensar as condições do programa - que acaba remetendo diretamente às necessidades e atribuições dos agentes-, seria um passo decisivo.

Em suma, para os ACS ser um profissional ainda com pouca autonomia, e desvalorizado, mas que carrega altas expectativas os levam a experimentarem sentimentos de impotência e por fim a desmotivação. Assim, os agentes se definem como um profissional mais acessível, com mais convívio com a comunidade, porém profissionais bem “menos habilitados” que os profissionais de formação. Desse modo, os ACS são alegorias do triângulo: comunidade, serviço, governo, que não se sentem valorizados integralmente por ninguém.

Se as metas do ACS são melhorar os indicadores de saúde da população, desafogar os hospitais de média complexidade, prevenir de tal medida para que apenas chegue demandas que são “não preveníveis” é necessário provocar modificações. Discutir formas de melhorar as estratégias da consolidação da atenção primária, implica diretamente em deliberar seriamente sobre as funções dos ACS e o subsídio real e legal no que tange aos direitos e deveres dos mesmos. Afinal, o cargo no qual se deposita fortes expectativas não pode ser desvalorizado. Há que se pensar em meios para que o ACS tenha motivos para permanecer no cargo, para motivar-se. Detalhes fundamentais como questões salariais, condições de trabalho seriam critérios a se pensar em se tratando de Brasil onde o sistema de saúde encontra-se montado em uma rígida hierarquia de classe social e de profissões.

Compreende-se que são enormes os desafios no momento do agir, porém há no meio de tudo isso a possibilidade de ainda contribuir para um factível desenvolvimento da saúde e este Trabalho de Conclusão do Curso em Saúde Coletiva buscou trazer alguma contribuição. A proposta deste trabalho era conhecer um universo dos ACS do Sol Nascente, e como esses vivem a experiência de ser ACS no dia a dia, seus dilemas e realizações. É imprescindível criar meios favoráveis para a atuação de profissionais satisfeitos e compromissados com suas

atribuições que o torne merecedor de serem cobrados por resultados melhores na saúde da população do Brasil afora. Somente com a plena efetivação do sistema de saúde poderá ser garantido o direito à saúde da população brasileira. Mas, a forma como se é e vive ACS no Sol Nascente ressalta que há muitas fragilidades e entraves no sistema à serem superados.

6 REFERÊNCIAS

ALMA-ATA, CASAQUISTÃO, URSS. Portal da Saúde Pública. **Declaração de Alma Ata: Saúde para todos no ano 2000.** *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. 1978,

Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.html
Acesso em: 12 jan. 2013.

ALMINO, João. **O Mito de Brasília e a Literatura.** In *Estudos Avançados*, vol.21, n.59, 2007; p. 299-308. ISSN 0103-4014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n59/a23v2159.pdf>.
Acesso em: Fevereiro de 2013.

AURÉLIO, **Mini Dicionário.** Editora Nova Fronteira. 4 ed. Revista e ampliada. Edição Especial para o FNDE/PNLD; 2011.

BORGES, Moena da Silva. **Ainda-não: Potencialidades e Possibilidades do cuidado Humano.** UnB- Faculdade de Ciências em Saúde. Tese de doutorado em Ciências da Saúde. 2008.

Disponível em:
http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/1755/1/2006_Moema%20da%20Silva%20Borges.pdf
Acesso em: Fevereiro 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília. 2001.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf
Acesso em: Janeiro 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 GM/188 **Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.** Ministério da Saúde. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf
fAcesso em: Janeiro 2013

CORREIA, Maria da Conceição Batista Correia. **A Observação participante enquanto Técnica de Investigação.** In *Pensar Enfermagem*, vol. 13, n.2, 2º Semestre de 2009; pg. 30-36.

FLEISCHER, Soraya. **Uso e circulação de medicamentos em um bairro popular urbano na Ceilândia, DF.** In *Saúde soc.*, vol.21, n.2, 2012. p. 410-423. ISSN 0104-1290.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a14v21n2.pdf>
Acesso em: Janeiro 2013

FLORES, Oviomar; SOUSA Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. **Agentes Comunitários em Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil.** 2008.

Disponível em:

http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf

Acesso em: Janeiro 2013

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência.** In: *Caderno de Pesquisa*, vol.34, n.121, jan./abr. 2004; p. 169-186; ISSN 0100-1574.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121.pdf>

Acesso em: Janeiro 2013

COSTA, Gabriela M.C; GUALDA, Dulce M.R. **Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença.** In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.17, n.4, 2010; p.925-937. ISSN 0104-5970.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000400005

Acesso em: Janeiro 2013

GALINDO, Daniel. **A Inclusão das rezadoras de Maranguape na promoção da saúde pública.** In: *Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo*. Ano 2 – nº 3-2005.

Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd41/galindo.pdf>

Acesso em: Janeiro 2013

GEERTZ, Clifford. **Uma Descrição Densa: Por uma teoria Interpretativa da Cultura.** In: *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro. 1989.

Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/62768360/A-interpretacao-das-culturas-GEERTZ-Clifford>

Acesso em: Janeiro 2013

GERHARDT, Tatiana. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade.** In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463. Nov. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>

Acesso em: Janeiro 2013

GUARESCHI, Pedrinho A. & JOVCHELOVITCH, Sandra. **Introdução.** In: *GUARESCHI, Pedrinho A. & JOVCHELOVITCH, Sandra. (org.) Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Ed. Vozes; 2011.

HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha Hoffmann. **Representações Sociais: Delineamento de uma Categoria Analítica.** In: *Revista Eletrônica dos Pós- Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, vol. 2 n 1(2), 2004; p 92-106.

Disponível em: www.emtese.ufsc.br

Acesso em: Janeiro 2013

LANGDON, Esther Jean. **Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana.** In: *SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs.) Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

LAURELL, Asa Cristina. **A Saúde – Doença como processo social.** In: *Revista latino americana de Saúde*. México.1982.

Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>
Acesso em: Janeiro 2013

LOPES, Wílon Wander. **Ceilândia tem memória, duas décadas e meio milhão de habitantes.** Brasília. Comunidade Editora. 1993.

LOYOLA, M. A. **Medicina Popular.** In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil.* Rio de Janeiro: GRAAL, 1978; p. 225-250.

MALINOWSK, Bonislaw. **Tema, método e objeto desta pesquisa.** In: *Os Pensadores.* São Paulo. Editora Abril; 1988.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica.** In: GUARESCHI, Pedrinho A. & JOVCHELOVITCH, Sandra. (org.) *Textos em Representações Sociais.* Petrópolis: Ed. Vozes. 2011.

_____. **O desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p.9-29

NAKAMURA, Eunice. **O método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: Uma reflexão antropológica.** In *Saúde e Sociedade*; v.20, n.1; 2011; p. 95-103; ISSN 0104-1290.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/12.pdf>
Acesso em: Janeiro 2013

NUNES, Monica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araujo Almeida; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Claudia I. de C. **O agente Comunitário de Saúde: Construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** In: *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6): 1639 – 1646, Nov-dez, 2002

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é Benzeção?** 2º ed. São Paulo: Brasiliense, 1985 v.1.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever.** Editora UNESP. 2º ed. 2006.

Disponível em:

http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1370/oliveira_trabalhodeantropologo.pdf?sequence=1.

Acesso em: Janeiro 2013.

OTAWA, Carta de. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Nov. 1986.

Disponível em:

http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf.

Acesso em: Janeiro 2013.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX.** In: *Caderno Cedes*, Campinas, v.23, n. 59; 2003; p. 91-102.

SENADO, Agência de notícias **Agentes comunitários de saúde podem ser dispensados de morar na mesma comunidade em que atuam.**

Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/09/27/agentes-comunitarios-de-saude-podem-ser-dispensados-de-morar-na-mesma-comunidade-em-que-atuam>

Acesso em: Janeiro 2013.

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 GM. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);** 2011.

Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

Acesso em: Fevereiro 2013

ROBLES, Alfonsina Faya. **Las agentes comunitarias de salud en el Brasil contemporaneo: la “policia amiga” de las madres pobres.** In *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n.12, dec. 2012 p.92-126;

Disponível em:

<http://www.scielo.br/cgibin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=p&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=FAYA+ROBLES,+ALFONSINA>

Acesso em: Fevereiro 2013

SAKATA, Karen Namie. **A inserção do Agente Comunitário na Equipe Saúde da família. Ribeirão Preto.** 2009. Monografia de Graduação.

Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../tde.../KarenNamieSakata.pdf

Acesso em: Janeiro 2013

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240 p. 240
ISBN: 85-7541-009-1

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WAGLEY, Charles. **Uma Comunidade Amazônica: Estudo do Homem nos Trópicos.** Companhia Editora Nacional, 1998;

WAWZYNIAK, João Valentin. **Assombro da Olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio tapajós, Pará- Brasil.** São Carlos: UFSCar, 2008. 235f.

Disponível em: http://www.bdt.d.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2009-07-07T090524Z-2145/Publico/2147.pdf.

Acesso em: Janeiro 2013

7 ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Agentes Comunitários de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Agentes Comunitários de Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Agentes Comunitários em Saúde: Uma reflexão da experiência do ofício”, de responsabilidade de Évelin Mauricio Brito, aluna de graduação de Saúde Coletiva da Faculdade da Ceilândia, da Universidade de Brasília, sob a orientação de Sílvia Maria Ferreira Guimarães, professora adjunta do curso de Saúde Coletiva da FCE/UnB. O objetivo desta pesquisa é compreender o universo dos ACS do Sol Nascente, e como esses vivem a experiência de ser ACS no dia a dia seus dilemas e realizações. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob minha guarda, pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas formais e informais, com o uso de gravação de voz. Caso seja possível e aceito por todos os envolvidos, a pesquisadora irá acompanhar os ACS em suas atividades. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 81859927 ou 99598119 ou pelo e-mail evelin_mauricio@hotmail.com ou silviag@unb.br. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes na forma da monografia de graduação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à

assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Brasília, ____ de _____ de _____

8 ANEXO 2 – Questionário semi-estruturado para a observação participante com os Agentes Comunitários de Saúde

- 1) Vocês pertencem ao PACS ou ao PSF? Qual a Diferença dos ACS's de ambos os programas?
- 2) Qual a área de abrangência que vocês atuam?
- 3) Como foi que vocês ficaram sabendo do concurso?
- 4) As expectativas de antes de entrarem no exercício eram iguais as que vocês vivem hoje?
- 5) Vocês gostam do serviço? Gostam de trabalhar como ACS?
- 6) Qual a rotina de um ACS?
- 7) Como se dá o trabalho de vocês?
- 8) Quais as vantagens de ser um ACS?
- 9) Quais as desvantagens?
- 10) Vocês acreditam na importância do trabalho?
- 11) Quais as maiores dificuldades já encontradas?
- 12) O que poderia melhorar?
- 13) Qual foi o maior diferencial que você fez a algum morador?
- 14) O que vocês acham que deveria melhorar?
- 15) Já ocorreu algo de estranho no cotidiano?
- 16) O que mais chocou vocês durante todo esse período de trabalho?
- 17) Como funciona esta mediação entre o que a comunidade precisa e o que vocês (Estratégia Saúde da Família) tem a oferecer?
- 18) O que geralmente os usuários buscam?
- 19) Vocês lidam bem com o fato de ser um enfermeiro no comando?
- 20) Acham importante morar na área de abrangência?
- 21) Pontos positivos de morar perto da comunidade?
- 22) Pontos negativos de morar não tão próximo a comunidade?
- 23) Já ocorreu da comunidade não se adequar ou não gostar dos médicos que acompanham eles?
- 24) Se sim a pergunta anterior, vocês tem autonomia para fazerem alguma coisa sobre isso?
- 25) Vocês lidam bem com o fato de ser um enfermeiro no comando (coordenação)?

- 26) Já perceberam alguma benzedeira ou outras práticas terapêuticas dentro da comunidade?
- 27) Você iria nela se estivesse doente?
- 28) Quais são suas orientações quando percebem o “terapeuta popular” dentro da comunidade?
- 29) O que pensa sobre essa existência?
- 30) Como é o curso de treinamento de vocês? Quais são os assuntos abordados?

9 ANEXO 3 – Questionário semi-estruturado para Entrevista com uma Gestora do Centro de Saúde

- 1) O que realmente se espera da função dos ACS?
- 2) O que o ACS pode oferecer à comunidade durante as visitas domiciliares?
- 3) Qual a especificidade ou especialidade do ACS?
- 4) Qual a importância de um trabalho que deve enfrentar situações fora do posto ou de outras instalações de saúde?
- 5) Como a senhora define as condições de trabalho do ACS?
- 6) A senhora acha que a ideia de ter o ACS está como o esperado ou pensado pela política?
- 7) Quais as fragilidades e potencialidades na figura do ACS?
- 8) Marcar consultas se enquadra prioritariamente nas funções cotidianas deles?
- 9) Os mesmos têm autonomia para marcar consultas, falar com médicos e enfermeiros sobre problemas locais de suas áreas de abrangência?
- 10) Caso um indivíduo da comunidade assistida por algum ACS do PSF esteja se consultando com um médico de determinada especialidade, e a comunidade não esteja se adequando ao profissional médico (com relação a forma de tratamento pessoal, é possível haver uma discussão sobre o fato, possivelmente uma troca de médico?) O ACS pode ser essa ponte? Já ocorreram casos semelhantes?
- 11) Qual a medida a tomar caso exista pacientes na comunidade acamados que não possuem condições de, por exemplo, realizarem continuamente curativos devido a morbidades como diabetes? Um enfermeiro pode sair do centro de saúde para atender em domicílio? Qual a papel do ACS nessa situação?
- 12) O PSF prevê essas visitas domiciliares pelos profissionais enfermeiros, médicos?
- 13) O deslocamento até a comunidade do ACS é prevista na política?
- 14) Tendo em vista que a ação dos ACS's se dá fora do posto como se dá o controle de suas atividades? Como é este controle?
- 15) Qual é o material de trabalho do ACS's, o que ele deve ter ou levar para as comunidades? Esse material é fornecido?
- 16) Como é a dinâmica do trabalho do ACS? O que na prática é orientado aos profissionais (ACS), que os mesmos entrem nos domicílios, ou que os mesmos realizem a visita no limite do portão?

- 17) Quanto à segurança, o ACS possui alguma seguro ocupacional por se tratar de um ofício, muitas vezes, em área de altos riscos relacionados a segurança pública, animais soltos, tráfico de drogas, entre outros? Esses riscos são considerados?
- 18) Os ACS's lidam com vínculos afetivos entre a comunidade. Este fator é considerado importante já que são considerados a ponte entre serviço e sociedade. Eles possuem "alto tempo de permanência" no cargo de ACS ou é uma profissão com alto nível de rotatividade? Como a senhora avalia esse tempo de permanência?
- 19) O que a senhora entende sobre a frase: "Os agentes Comunitários em Saúde são o grande elo de ligação"?
- 20) Quais foram os maiores desafios encontrados no período de gestão desses ACS's?
- 21) Como um ACS que mora na comunidade é orientado pelos profissionais que coordenam as equipes, a lidar com questões que incomodam a comunidade como reclamações sobre consultas, demora de exames, ter um centro de saúde mais próximo e etc.
- 22) Acredita que morar na área de abrangência é fator positivo ou fator negativo?
- 23) Quais são os pontos positivos do ACS morar na área de abrangência?
- 24) É possível conhecer a realidade de uma comunidade por meio de um trabalho contínuo na comunidade?
- 25) A senhora já presenciou a presença de práticas alternativas populares na comunidade como benzedeiras, cura por meio de religiões, parteiras?
- 26) Se sim a resposta anterior, como é a orientação aos ACS's para lidar com isso e com o fato de alguns moradores não buscarem o sistema médico oficial devido a tratamentos realizados com esses indivíduos de práticas populares?
- 27) O fato de algumas áreas residenciais serem irregulares dificulta a implementação de casas de PSF dentro da área de abrangência de cada comunidade?
- 28) Acredita que o concurso para ACS ser de nível médio é interessante? Por que?
- 29) Sobre os cursos de capacitação do ACS, quem realiza o curso de capacitação e o que é abordado?
- 30) Poderíamos ver o ACS como um "novo" profissional de saúde? Você acredita no potencial dessa profissão? Por quê?
- 31) Como enfermeira, quais conhecimentos lhe foram úteis para coordenar esses profissionais?
- 32) Quais as dificuldades enxergadas pela senhora neste trabalho? E os pontos positivos?

- 33) Acredita que a quantidade máxima de famílias por ACS está dentro da capacidade deles e de vocês (enfermeiros) como coordenação?
- 34) O nome PSF foi modificado para Estratégia Saúde da Família. O PACS, também, teve/pode ter essa mudança de nomenclatura. Isso procede? Porque a mudança? Faz a diferença essa modificação?
- 35) O que você acredita ser fundamental em estudos relacionados a ACS como mediadores sociais?

10 ANEXO 4 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP-IH/UnB